Фрэнсин Шапиро

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ

Основные принципы, протоколы и процедуры

Перевод с английского А.С. Ригина

Под редакцией доктора психологических наук
профессора А.Ф. Бондаренко

Francine Shapiro
EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING
Basic Principles, Protocols, and Procedures

Библиотека психологии и психотерапии
Выпуск 54

Москва
Независимая фирма "Класс"

Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры/Пер. с англ. А.С. Ригина. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 496 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

ISBN 5-86375-102-9 (РФ)

В книге американского психотерапевта Фрэнсин Шапиро описан разработанный ею новый психотерапевтический метод переработки эмоциональных травм с помощью движений глаз. Эта уникальная техника эффективно используется в работе с жертвами изнасилования, участниками военных действий, людьми, пережившими стихийное бедствие, с пациентами, страдающими диссоциативными расстройствами, и т.д.

Автор обстоятельно излагает теоретическое обоснование подхода, основные принципы и сущность клинической работы, приводит пошаговое описание самой техники и ее вариантов, проиллюстрированное фрагментами реальных психотерапевтических сеансов.

Книга, несомненно, обогатит инструментарий практикующих психотерапевтов, психологов и послужит толковым учебным пособием для студентов.

Главный редактор и издатель серии *Л.М. Кроль*
Научный консультант серии *Е.Л. Михайлова*

Публикуется на русском языке с разрешения издательства Guilford Press и его представителя Марка Патерсона.

ISBN 0-89862-960-8 (USA)
ISBN 5-86375-102-9 (РФ)

ОЧЕВИДНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

То, что гениальное всегда просто — не истина. Но аксиома. Спасительная формула, примиряющая непримиримых перед непреложным фактом очевидного. Психотерапевтическая техника, предложенная Фрэнсин Шапиро, очевидна — своей эффективностью, явной простотой, невыдуманной архитектоникой.

Увлекающиеся йогой найдут в ней аналогии с техниками хатха-йоги. Знатоки советской психологии вспомнят блестящие исследования о движениях глаз Александра Ярбуса. Врачи-психотерапевты обнаружат фракционный гипноз. Любители поведенческой психотерапии узнают последовательность этапов десенсибилизации, а когнитивные психологи — привычные шкалы оценивания.

Высококвалифицированные специалисты, возможно, будут рассуждать об эклектичности и отсутствии у автора базового психологического образования. Еще более квалифицированные — смогут обоснованно судить о методологических и теоретических проблемах. Но в данном случае, подчеркну, это совершенно неважно. А важно совсем другое: чрезвычайно субъективный, человеческий аспект, экзистенциальный план возникновения современной психотерапии, и этой техники, и самой Фрэнсин Шапиро.

Вдумаемся в простую и трагичную канву событий конца 80-х годов. Тридцатишестилетняя женщина, литературовед, заболевает раком молочной железы. Развод. Операция. Метания в поисках пресловутой “психологической помощи”. И — в который раз — человек, единственный и неповторимый, со своей болью, перед лицом гибели обнаруживает: существуют чудесные теории, созданные великими учеными, целые терапевтические системы со своими принципами и корифеями. Но этому конкретному человеку, балансирующему между жизнью и смертью, помочь не может никто. Никуда не уходит страх. Не исчезает тревога. По ночам мучают кошмары, а днем все валится из рук. Как позже писала сама Фрэнсин, она неоднократно задумывалась о том, что люди сумели высадиться на Луне, но не способны справиться с собственным телом и мозгом.

Когда в 1994 году в Амстердаме я познакомился с Фрэнсин Шапиро, передо мной предстала спокойная и уверенная женщина, лауреат премии Американской психологической ассоциации за выдающиеся успехи в психологии.

И вот, через несколько лет, перед вами — книга, посвященная новой технике психотерапии, чрезвычайно эффективной при лечении эмоциональных травм. Казалось бы, в наше время, когда существует такое количество психологических теорий и школ, трудно найти что-либо принципиально новое. Но Фрэнсин Шапиро это удалось.

В основу ее техники положен естественный процесс следящих движений глаз (саккад), активизирующих внутренний, присущий самой природе нервной системы механизм переработки травматических воспоминаний. Техника Ф. Шапиро подтвердила свою эффективность при лечении жертв сексуального насилия, участников боевых действий и лиц, пострадавших во время стихийных бедствий. Многочисленные описания случаев из практики приведены в различных главах книги.

И хотя Фрэнсин Шапиро подробно описывает теорию и практическое использование своего подхода, в книге неоднократно подчеркивается: чтобы действительно овладеть этой (как, впрочем, и всякой другой) психотерапевтической техникой, одного только изучения руководств и пособий — сколь бы де-

тальными они ни были — недостаточно. Требуется непосредственное обучение у квалифицированных и опытных специалистов.

А.Ф. Бондаренко,
доктор психологических наук,
профессор

С благодарностью тому путеводному свету,
который есть у каждого поколения.

Посвящаю памяти моих дедушки и бабушки
Чарльза и Лены Самнер,
сестры Дебры П. Шапиро,
и моим родителям,
Дэниелу и Ширли Шапиро
за их исполненную любви заботу,
а также Бобу Уэлчу, встреча с которым
стала одним из наиболее счастливых событий в моей жизни.

“Свобода — это то, что вы делаете со сделанным с вами”.

Жан-Поль Сартр

БЛАГОДАРНОСТИ

Я бы не смогла написать эту книгу без постоянной поддержки Робби Дантон, освободившей мой ум и время для выполнения этой задачи. Я благодарна ей за ее организаторские способности, но в еще большей мере — за ее любовь, заботу и благородство духа, никогда не подводившие меня. Особую благодарность я выражаю Роберту Уэлчу и Марго Силк Форрест, приложившим свои способности и знания к редактированию книги. Я благодарна Пэту Райли за иллюстрации, а также А. Дж. Поупки за постоянную техническую поддержку.

Содержание моей книги основано на клиническом опыте сотен врачей и психотерапевтов, и я хотела бы отдать должное их труду. В сборе информации для книги принимали участие многие люди, но в особенности я благодарна Ховарду Липке и Стивену Силверу, первым читателям большинства глав книги.

Кроме того, я благодарна всем, кто нашел время для знакомства с отдельными главами моей книги и высказал свои предложения на разных стадиях ее написания. Это (привожу имена в алфавитном порядке) Лонни Барбах, Пэт Боудевинс, Робби Дантон, Эйрин Гоулд, Стивен Лазров, Мэрилин Любер, Джери Марлоу, Сандра Полсен, Джеральд Пак, Курт Руанзон, Марк Рассел, Роджер Соломон, Лэндри Уайлдвинд, Кэтрин Файн, Гэри Фалчер, Ли Хайер, Том Хорват и Уолтер Янг.

Я признательна сотрудникам издательства “Guilford”, в особенности моему редактору Китти Мур за ее ценные предложения и Анне Бреккет за заботливое внимание к моей книге на протяжении всего процесса подготовки ее издания.

Нет сомнения, что задача привнесения чего-либо нового в психологическое сообщество очень сложна, но мне посчастливилось встретить многих открытых и квалифицированных профессионалов, чьи способности и внутренняя целостность постоянно подтверждали, что мы находимся на правильном пути.

Я буду бесконечно благодарна психотерапевтам и психологам — как обучающим ДПДГ (десенсибилизация и переработка* движениями глаз), так и просто работающим с этой техникой, которые увидят возможность предложить что-либо новое и будут обладать достаточной смелостью, чтобы вслух сказать об этом, хотя не знаю, можно ли благодарить за то, что люди делают из чувства собственного долга.

ПРЕДИСЛОВИЕ

"Благословен тот, кто нашел свое дело.
Пусть он не ищет никакой другой благословенности".
Томас Карлейль

Путь к открытию

От "Китти Хок"* до высадки человека на Луну прошло всего лишь немногим более пятидесяти лет, в то время как в психологии не было серьезного сдвига парадигмы уже почти столетие, со времен Фрейда. Понятно, что отношения меняются медленнее, чем технология. Но бывает так, что некая сила выталкивает нас из привычного комфортного состояния, побуждая к изменениям. Иногда эти изменения таковы, что кажутся нам ужасными и трагическими, содержащими в себе такие сюрпризы, которые мы не можем даже представить. В некотором смысле так было и в моей жизни.

Я сделала свое первоначальное открытие, относящееся к созданию метода Десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ), в 1987 году. Однако путь к этому открытию начался на десять лет раньше. В 1979 году, завершив работу над докторской диссертацией по английской литературе в Нью-йоркском университете, я уже довольно активно публиковала результаты своих исследований в этой области, чувствуя важность своей работы, важность того, что я одна из тех, кто проливает свет на различные аспекты нашей культуры и литературы — с их тонкими нюансами, богатством и своеобразием структуры литературных произведений, сложной, запутанной жизнью литературных героев и символов. Все это увлекало меня.

В то же время у меня был давний интерес к поведенческой психотерапии, связанный с тем, что я когда-то читала труды Эндрю Сэлтера и Джозефа Вольпе. Идея сфокусированного, полностью предсказуемого подхода к психологии человека — подхода, в котором причины и следствия были бы явно связаны друг с другом, — казалась мне полностью совместимой с представлениями о литературных персонажах и о развитии сюжета. И, наконец, многие хорошо известные писатели явно намекали на то, что, если герои литературного произведения изображены в соответствии с реальностью, ведут себя свободно и раскованно, они начинают жить своей собственной жизнью, определяющей развертывание сюжета литературного произведения. В то время я была увлечена дискуссией с моими преподавателями, профессорами английской литературы, о скрытом психологическом смысле тех богатых и многогранных текстов литературных произведений, которые я изучала, — смысле, обусловленном причинно-следственной зависимостью и сформулированном в терминах поведенческого подхода. Но психология тогда занимала мое внимание лишь отчасти. Мне были близки те авторы, которые верили в возможность совершенствования человека, и я наслаждалась высоким мастерством превращения человеческого страдания в шедевры искусства, присущим английской литературе, готовя себя к долгой и плодотворной карьере литературного критика и исследователя. Однако как раз перед завершением работы над диссертацией о поэзии Томаса Харди у меня обнаружили рак.

Поразившая меня смертельная болезнь оказалась тем рубежом, который отметил резкое изменение моей жизни. Для меня вдруг открылось совершенно новое измерение, и жизнь больше не простиралась передо мной бесконечно. Так, внезапно “психологическая связь причины и следствия”, о которой столько говорили бихевиористы, приобрела для меня совершенно новое значение. Мое внимание сосредоточилось на проблеме взаимосвязи сознания и внешних раздражителей. Поражало то, что мы ушли так далеко технологически, но не смогли продвинуться на пути овладения умом и телом.

К счастью, в это время я открыла для себя появившиеся недавно работы Нормана Казинса и других специалистов в области психонейроиммунологии. Идея о связи между заболеванием и пережитым стрессом теперь казалась мне совершенно очевидной, однако так и не было понятно, что же делать со всем этим. В настоящее время, согласно утверждениям врачей, мой рак удалось вылечить, однако нет никакой гарантии, что он не возникнет снова. Я помню их слова: “Да, рак у вас действительно прошел, однако есть определенная вероятность, что он может возникнуть снова. Мы не знаем, что и как излечило ваш рак, — считайте, что вам просто повезло”.

Сейчас меня больше всего занимает вопрос о том, какие психологические и физиологические методы действительно помогают улучшить физическое здоровье. Я считала, что уже должны быть разработаны эффективные способы. Но если так, то почему мы ничего не знаем о них? Мысль о необходимости найти эти методы и донести знание о них до других людей, столкнувшихся с угрожающей жизни болезнью, стала для меня гораздо более важной, чем изучение литературы XIX века. Я покинула Нью-Йорк и заинтересовалась группами и семинарами, посвященными проблемам сознания, тела и психологическим методам улучшения физического и душевного благополучия.

Спустя некоторое время я нашла источники финансирования и начала проводить свои собственные семинары для широкого круга заинтересованных лиц, посвященные всему тому, что я обнаружила в поисках реальных путей помощи людям жить жизнью, в которой было бы меньше стрессов. В это время я начала работу над докторской диссертацией в области клинической психологии, чтобы формально завершить свое образование. Знаменательная прогулка в парке, приведшая к открытию эффекта воздействия движений глаз, произошла как раз в то время, когда я размышляла над выбором темы диссертации. В этот момент мои кросскультуральные поиски механизмов изменений, происходящих в нашем сознании, и потребность в проведении исследований по теме докторской диссертации явно пересеклись.

Остальная часть истории становления метода ДПДГ описана в первой главе этой книги. Здесь же достаточно будет сказать, что мое открытие эффекта движений глаз сопровождалось развитием определенной методологии, которая приобретала свою сложность медленно и постепенно, по мере практического применения метода. Сегодня сведения о положительных клинических результатах применения ДПДГ поступают от очень большого количества врачей и психотерапевтов — их около 10 000, — прошедших обучение этой технике. Наша собственная клиническая работа с ДПДГ показывает, что человеческие страдания действительно *могут* быть трансформированы — не только в искусстве, но и в самой жизни.

Эта книга — результат восьми лет моего собственного опыта по совершенствованию ДПДГ и обучению этой технике других людей; она включает в себя

как анализ клинических случаев, так и предостережения, сформулированные на основе практического опыта тех, кто уже освоил ДПДГ.

Необходимость обучения

Поскольку основная цель моей жизни после 1979 года состояла в донесении до широкой общественности информации о методах, которые были бы действительно эффективны для улучшения душевного здоровья, нет ничего удивительного в том, что мои основные заботы и интересы сейчас связаны с клиентами. Именно клиенты оказывают лучшую помощь тому специалисту, который хочет научиться чему-либо и расширить свои умения, экспериментируя с новаторскими методами. Работа с клиентами также является лучшей помощью и тогда, когда специалисты получают лицензию на право практической работы в области душевного здоровья, обучаются новым техникам, которые они будут использовать на практике, и предпринимают соответствующие исследования для оценки возможностей этих методов и их усовершенствования. Такие предпосылки составляют основу ДПДГ и именно они определяют успех этой техники — так же как и политика, применяющаяся при обучении ДПДГ. Мне повезло, что я встретила многих коллег, разделяющих мои идеи.

Конечно, обучение не гарантирует достижения успеха при работе с каждым клиентом. ДПДГ не является лекарством от всех болезней; могут случаться и неудачи в лечении, как это бывает при использовании любого другого метода. Однако в этическом кодексе Американской психологической ассоциации отмечается, что обучение под квалифицированным руководством является безусловно обязательным для достижения необходимого уровня компетентности, и лишь после этого можно начинать работу с клиентами или проведение исследований.

Наши ранние статьи (Shapiro, 1989a, 1989b), в которых предпринимались попытки предложить описание четко определенных этапов применения ДПДГ, сейчас представляются неадекватными, что стало ясно из сообщений как врачей, так и клиентов, с которыми работали психотерапевты, единственным “обучением” которых методу ДПДГ было прочтение этих статей. Поэтому вместе с поэтапным описанием процедуры ДПДГ в данной книге предлагается новый образ мышления в отношении самой природы патологии и психотерапевтического воздействия, а также исчерпывающий набор альтернатив, разработанных нами как на основании теории, так и клинического применения техники ДПДГ.

Одна из основных предпосылок ДПДГ состоит в том, что большая часть психопатологий основана на предшествующем жизненном опыте, восходящем обычно к раннему детству. Цель психотерапии с помощью ДПДГ состоит в быстрой переработке доставшегося нам от прошлого дисфункционального наследия и преобразовании этого наследия в нечто полезное для нас. В сущности, с помощью ДПДГ дисфункциональная информация претерпевает спонтанные изменения своей формы и значимости — включая те инсайты и аффекты, которые скорее усиливают потенциал клиента, чем ослабляют его. Психотерапевты увидят, что информация, предлагаемая в данной книге, описывает все стратегии и компоненты этого процесса, в который вовлекается врожденная система переработки информации, что и приводит к положительным результатам.

Название метода

Первоначально аббревиатура "ДПДГ" была названием техники десенсибилизации с помощью движений глаз, что в 1987 году представлялось наиболее выдающимся элементом этого метода. Однако на протяжении следующих лет оказалось, что это название в некоторых случаях было поводом для несправедливых ограничений на применение самой методологии. Как отмечается в этой книге, ДПДГ является комплексной методологией, включающей в себя многие компоненты; кроме того, выяснилось, что эффективными оказываются не только движения глаз, но и многие другие внешние раздражители. Если бы мне предстояло пройти мой путь сначала, то я бы назвала этот метод просто "психотерапией путем переработки травматической информации". Однако, учитывая широкое, практически мировое признание этого метода, я решила сохранить аббревиатуру ДПДГ и ее первоначальное определение, осознавая при этом то, что название может иметь сугубо историческое, а не описательное значение. (Так, например, напиток "Кока-кола" сохранил свое название даже после того, как кокаин, от которого это название произошло, был исключен из его состава; а такая диагностическая категория, как "шизофрения", продолжает применяться, несмотря на то, что уже давно никто не рассматривает шизофрению как "расщепление сознания". Такова же история названия "Десенсибилизация и переработка движениями глаз"). Аббревиатура ДПДГ будет использоваться нами с учетом того, что собственно движения глаз являются лишь одним из многих возможных внешних раздражителей, используемых для активации системы переработки информации у клиента и достижения психотерапевтического эффекта.

Кому адресована эта книга

Я считаю, что только лицензированные профессионалы в области душевного здоровья либо те, кто работает под прямым наблюдением и руководством таких профессионалов, имеют право практически использовать процедуры и протоколы, приводимые в этой книге. Это предостережение имеет большое значение, поскольку как метод психотерапии ДПДГ можно использовать лишь в контексте законченного и детально разработанного плана психотерапии с соблюдением соответствующих мер безопасности, что хорошо известно обученным и лицензированным специалистам. Руководители клинической подготовки скорее всего захотят, чтобы студенты прошли через интернатуру перед тем, как они начнут обучаться данному методу. Хотя наши предложения о форме и сроках прохождения такой практической подготовки по применению ДПДГ под опытным руководством и включены в книгу, мы считаем, что в любом случае соблюдающее все формальности обучение под руководством лицензированного и опытного инструктора по ДПДГ можно считать наилучшим путем овладения этим методом.

Когда я писала книгу, то предполагала четыре типа читателей: ученые академической ориентации, психологи, клинические врачи-психотерапевты и проходящие клиническое обучение студенты. Поэтому я старалась приспособить язык книги и ее организацию (очевидно, что мне удалось это с различной степенью успешности) для нужд всех четырех типов читателей. Те, кто имеет особый ин-

терес к истории, к данным, подкрепляющим обоснование метода, к исследованиям, к теории и месту ДПДГ в общем контексте психотерапии травм, найдут для себя особенно интересными главы первую, вторую и двенадцатую. В то же время психотерапевты, заинтересованные в первую очередь в практическом овладении методом, обнаружат для себя важные материалы клинических наблюдений в различных частях этих трех глав (в особенности это относится к главе 2); кроме того, подобного материала очень много и в остальной части книги.

Исследования и развитие метода

Продолжающееся развитие ДПДГ от простой техники к сложной методологии основано в первую очередь на клинических наблюдениях. Необходимость в исследованиях, которые обеспечивали бы дальнейшую проверку метода ДПДГ, бесспорна, поскольку клиническая проверка легко позволяет вскрыть все те искажения и ошибки, которые могут возникать при индивидуальном наблюдении за эффективностью ДПДГ.

Понятно, что хорошо организованные клинические исследования, в которых тщательно контролируются получаемые результаты, нельзя заменить ничем. Однако на это всегда не хватает денег, и исследовательская работа традиционно отстает от клинической практики. Так, например, опубликованы результаты исследований, связанных с жертвами сексуальных домогательств, природных катаклизмов и несчастных случаев, в которых не осуществлялся тщательный клинический контроль за результатами. Выводы в отношении травм такого типа, несмотря на недостаточное количество данных, обсуждаются в главе двенадцатой.

Важно, чтобы специалисты, применяющие ДПДГ, помнили, что до проведения обширных сравнительных исследований, связанных с проверкой эффективности ДПДГ, этот метод необходимо применять как новый, не вполне опробованный способ лечения и сообщать об этом клиенту, чтобы получить его согласие на использование нового метода. Хотя уже имеются многообещающие доказательства, эффективность ДПДГ пока не является общепризнанным фактом. Это еще одна причина ограничения круга лиц, проходящих обучение ДПДГ, лицензированными профессионалами в области душевного здоровья. В подобном случае, даже если в конкретной ситуации техника ДПДГ окажется неэффективной, специалисты имеют в своем распоряжении набор более традиционных методов психотерапии, которые они смогут применить.

Хотя ДПДГ продолжает развиваться на основе исследовательских и клинических наблюдений, в данной книге представлены все основные принципы и сущность практической работы. Мы настоятельно советуем читателю быть в меру скептичным, сохраняя при этом открытость к восприятию нового. Изменение ставших привычными и укоренившихся методов психотерапии — нелегкая задача. Наша книга является лишь началом процесса обучения и — я надеюсь — началом ведущего к награде исследовательского пути. И пусть клиническая оценка метода и личные наблюдения в процессе его применения далеки от непогрешимости, но они незаменимы как в обосновании научного открытия, так и в обретении радости исцеления.

1. ИСТОКИ И ОСНОВАНИЯ

Существует некий принцип, подобный ограничителю для любой информации, как гарантия отказа от любых доводов — нечто, удерживающее человека в непроницаемых границах невежества; и этот принцип — не что иное, как презрение, предшествующее любому исследованию.

Герберт Спенсер

Со времени открытия в 1987 году техника Десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ) нашла повсеместное признание у значительной части медицинского сообщества. Понятно, что использование направляемых движений глаз как элемента психотерапевтического воздействия не получило немедленного признания у большей части представителей академической науки. Первое применение данной техники в психотерапии было основано не на теории и не на экспериментальных данных, а на случайном наблюдении. Последовавшее за этим развитие техники ДПДГ и ее теоретических границ выросло из исследования целого ряда случаев устойчивого психотерапевтического эффекта, и это исследование постепенно очистило и усовершенствовало саму технику движений глаз, так же как и другие дополнительные элементы процедуры ДПДГ. Однако, как мы увидим, существующие в своей нынешней форме техника ДПДГ и ее теория включают в себя многие аспекты, вполне приемлемые для большинства врачей, исследователей и представителей академической науки.

Хотя техника ДПДГ более всего известна использованием движений глаз, отчего она и получила свое название, весьма существенно, что мы относимся к ней как к целостной системе. При этом сами по себе движения глаз являются лишь одним из ее компонентов. И прежде чем использовать технику ДПДГ в работе с клиентом, психотерапевт должен установить с ним соответствующие терапевтические отношения и познакомиться со всеми аспектами истории болезни. При этом используются различные протоколы, тип которых определяется характером психопатологии, и применяются те или иные психотерапевтические процедуры, зависящие от типа и количества травм, пережитых клиентом. Хотя ДПДГ может довольно быстро снимать дистресс, вызванный отдельной травмой, психотерапевт должен весьма тщательно учитывать всю совокупность факторов перед использованием ДПДГ.

Например, при лечении жертв изнасилования психотерапевт прежде всего идентифицирует отдельные аспекты полученной травмы, оказывающие негативное воздействие. Это может быть вторжение в сознание определенных образов, либо отрицательные мысли и идеи клиентов в отношении себя или своей роли во время травмы, а также такие негативные эмоции, как страх, чувство вины или стыда и связанные с этими чувствами ощущения в теле. Или же, наоборот, определенный позитивный образ мыслей в отношении себя, который клиент предпочитает вместо негативного самоотношения. У жертв изнасилования такие эмоции обычно начинаются с интенсивного чувства страха и стыда, например, могут постоянно возникать образы этого события, вторгающиеся в повседневную жизнь и сопровождающиеся мыслями типа “Я осквернена” или “Я сама во всем виновата”. После того как психотерапевт проводит работу с жерт-

вой изнасилования, используя движения глаз и фокусируясь при этом на специфическом внутреннем отреагировании, пациентка может вспоминать сам случай изнасилования уже без появления чувств страха и стыда. Она теперь чувствует, что обрела некую силу и способность сказать себе: “Я сделала все, что могла. Насильник приставил нож к моему горлу, но я сумела сохранить свою жизнь в этой ситуации”. В дополнение к таким позитивным изменениям в мыслях и убеждениях у пациентки могут прекратиться беспокоившие ее навязчивые образы сцены изнасилования. И когда после завершения психотерапии клиентка будет вспоминать сам случай изнасилования, то связанные с этим воспоминанием эмоции, мысли и ощущения будут уже не беспокоящими, а скорее нейтральными или же, возможно, даже положительными. Так, например, одна из жертв изнасилования после прохождения психотерапии с помощью ДПДГ так говорила о случае насилия: “Сама картина этой сцены, конечно, отвратительна, но вовсе не потому, что я сделала что-то плохое”.

День открытия

Техника ДПДГ основана на случайном наблюдении, которое было сделано в мае 1987 года. Однажды, прогуливаясь по парку, я заметила, что некоторые мысли, беспокоившие меня, внезапно исчезли. Я отметила также, что, если опять вызвать в уме эти мысли, они уже не оказывают такого негативного действия и не кажутся столь реальными, как ранее. Предыдущий опыт подсказал мне, что всем беспокоящим мыслям обычно свойственно образовывать своего рода замкнутый круг — появляясь, они имеют склонность возвращаться снова и снова, пока вы не предпримете сознательное усилие, чтобы приостановить их или изменить их характер. Однако в этот день мое внимание привлекло то, что беспокоившие меня мысли исчезли и изменили свой характер без каких-либо сознательных усилий с моей стороны.

Пораженная этим, я начала уделять пристальное внимание всему происходящему. Я отметила, что при возникновении беспокоящих мыслей мои глаза спонтанно начинали быстро двигаться из стороны в сторону и вверх-вниз по диагонали. Затем беспокоившие меня мысли исчезали, и когда я намеренно пыталась вспоминать их, то негативный заряд, свойственный этим мыслям, оказывался в значительной степени сниженным. Заметив это, я начала производить движения глазами намеренно, концентрируя внимание на различных неприятных мыслях и воспоминаниях. Я обратила внимание, что все эти мысли также исчезали и утрачивали свою отрицательную эмоциональную окрашенность. Поняв всю потенциальную пользу такого эффекта, я пришла в сильное волнение.

Через несколько дней я попыталась применить свое открытие на других людях: друзьях, коллегах и участниках психологических семинаров, которые я в то время посещала. У них было большое количество самых разнообразных жалоб непатологического характера, так же как, наверное, и у всех людей. Когда я спрашивала: “Над чем бы вы хотели поработать?”, люди обычно рассказывали о беспокоящих их в настоящий момент воспоминаниях, идеях или ситуациях. При этом их жалобы колебались в широком диапазоне от различных унижений в раннем детстве до переживаемых в настоящее время обид. Затем я показывала им, как необходимо быстро двигать глазами из стороны в сторону, предлагая повторять за мной эти движения, сосредоточиваясь на своих проблемах. Прежде всего я обнаружила, что большинство людей не обладают произвольным кон-

тролем мышц, ответственных за движения глаз, и не могут продолжать эти движения неограниченно долгое время. Намереваясь продолжить исследования, я предлагала знакомым следить глазами за движениями моего пальца, перемещая руку из стороны в сторону, чтобы глаза двигались примерно с такой скоростью и в таком же направлении, как во время моего первого эксперимента в парке. Такой способ оказался гораздо более эффективным, но я заметила, что, хотя после такой процедуры люди и начинали чувствовать себя явно лучше, они продолжали оставаться зафиксированными на беспокоивших их проблемах. Для преодоления этой фиксации я пробовала применять различные типы движений глаз (быстрее, медленнее, в разных направлениях), предлагая сосредоточиваться на разных вещах — например, на различных аспектах своих воспоминаний или же на том, какие чувства связаны с этими воспоминаниями. Затем я стала изучать, какие формы работы могут дать наилучший результат, разрабатывая стандартные способы начала и завершения сеансов движений глаз, дающие наибольший положительный эффект.

Примерно через шесть месяцев, я разработала стандартную процедуру, которая явно приводила к уменьшению количества жалоб. Поскольку мое внимание с самого начала было сосредоточено на проблеме снижения тревожности (как это было в моем собственном опыте), а моя теоретическая ориентация в то время была связана прежде всего с бихевиористским подходом, я назвала открытую мной процедуру Десенсибилизацией движениями глаз (ДДГ).

Первое экспериментальное исследование

Зимой 1987 года я решила выяснить, насколько успешной техника ДДГ окажется при проверке в контролируемых условиях. В первоначальных экспериментах я довольно легко и эффективно использовала ДДГ при работе с воспоминаниями о событиях, происходивших довольно давно. Поэтому для первого официально проводимого исследования я решила подобрать достаточно однородную группу людей, у которых есть проблемы, связанные с воспоминаниями о давних событиях. В первую очередь это могли быть жертвы изнасилования и сексуальных домогательств, а также ветераны войны во Вьетнаме, которым был поставлен диагноз “посттравматический синдром” (ПТС) в соответствии с тем определением, которое приводится для этого диагноза в третьем издании “Диагностического и статистического руководства по умственным расстройствам”*.

Первоначально группа пациентов такого типа казалась мне идеальной, так как у всех у них были проблемы, связанные с воспоминаниями о давних событиях, но оказалось, что в этом есть своя трудность: я не знала, окажутся ли движения глаз эффективными в разрешении травматических воспоминаний, поскольку не пыталась применять данный способ при явной патологии. Может быть, травматические воспоминания сохраняются в мозге каким-то иным образом и к ним не удастся получить доступ с помощью движений глаз, что я успешно делала в случае нетравматических воспоминаний?

Для проверки эффективности ДДГ при работе с людьми, у которых есть травматические воспоминания, я решила найти добровольца, пережившего травму во время военных действий. Это был человек по имени Даг — консультант мобильной группы, работавшей в рамках программы поддержки ветеранов войны во Вьетнаме. Хотя в целом он был весьма неплохо приспособлен к жизни

и даже преуспевал, к нему все время возвращалось одно и то же воспоминание, чрезвычайно сильно тяготившее его. Много лет назад, еще в 60-е годы, Даг служил пехотинцем во Вьетнаме. Однажды, когда он выгружал из спасательного вертолета тела погибших солдат, приятель сообщил весьма неприятную новость об убитом солдате, тело которого тот только что переносил. Я попросила Дага сосредоточиться на воспоминании об этом мгновении, в то время как его глаза должны были следить за движением моей руки. Он сделал то, что я ему говорила, и после двух или трех серий движений глаз сказал, что сцена, на которой он сосредоточивался, изменилась: звуковая часть воспоминания исчезла. Единственным, что осталось, были беззвучно движущиеся губы его приятеля. После еще некоторого количества серий движений глаз Даг сказал, что вся сцена изменилась перед его внутренним взором и ему теперь казалось, что он смотрел на происходившее как “на цветные осколки стекла, лежащие под слоем воды”. При этом у него возникло чувство покоя. “Я могу наконец сказать всем, что война закончена и они могут возвращаться домой”, — сказал Даг. Когда я предложила ему снова мысленно обратиться к событиям во Вьетнаме, у Дага вместо воспоминания об убитом солдате возник образ этой страны, какой он увидел ее во время своего первого полета над ней, — она показалась ему прекрасным “райским садом”. Впервые за двадцать лет в памяти Дага возник какой-то положительной образ, связанный с Вьетнамом. Через шесть месяцев во время контрольной встречи Даг сообщил, что положительный эффект, возникший после сеанса, сохраняется до сих пор. После проведенной психотерапии беспокоящее воспоминание больше не возникало. Более того, когда он намеренно пытался вернуться к угнетавшему прежде воспоминанию, оно казалось ему лишь “цветными осколками стекла” и Даг не испытывал больше никакого потрясения при виде этих осколков.

Мой успех с Дагом подтверждал, что с помощью движений глаз можно получить доступ к травматическим воспоминаниям, хранящимся в памяти на протяжении десятилетий, и что эти воспоминания могут наконец получить положительное разрешение. Ободренная этим успехом, я начала контролируемое исследование с 22 жертвами изнасилований и сексуальных домогательств, а также с ветеранами войны во Вьетнаме. Возраст участников колебался от 11 до 53 лет. Срок, прошедший с момента получения травмы, был от одного года до 47 лет, а количество времени, потраченное на проводившееся ранее лечение травмы, колебалось от двух месяцев до 25 лет (в случае с психиатром, страдавшим от травмы, полученной в раннем детстве).

Критериями, по которым я включала пациентов в свое исследование, были их заявления о беспокоящих травматических воспоминаниях и наличие одного или нескольких выраженных симптомов (навязчивые мысли; тягостные воспоминания, в которых яркие образы были соединены с чувством реалистичности происходившего события; нарушения сна; а также проблемы во взаимоотношениях), наблюдаемых по крайней мере на протяжении одного года. Кроме того, я оценивала серьезность жалоб путем определения количества заявленных пациентами симптомов посттравматического синдрома, наблюдавшихся на протяжении недели (таких, как ночные кошмары, тягостные воспоминания и навязчивые мысли). Большей части участников моего исследования в свое время уже был поставлен диагноз “посттравматический синдром”, и они получали направление ко мне, или к своим психотерапевтам, или в психотерапевтические центры и общины, занимающиеся проблемами эмоциональных травм. Несколько

участников моего исследования не проходили ранее никакого лечения, а сами являлись психологами-консультантами и приняли добровольное участие в моем исследовании, надеясь достичь положительного разрешения своих собственных травматических воспоминаний. Участники были произвольно поделены на терапевтическую и контрольную группы.

Я применяла ДДГ в терапевтической группе, а в контрольной группе (группа А) предлагала своего рода “плацебо”, обращаясь к участникам с просьбой максимально подробно описать свои травматические воспоминания. Психотерапевтический процесс в обеих группах прерывался примерно одинаковое количество раз для измерения уровня беспокойства и установления обратной связи, для чего использовались вопросы типа “Что вы сейчас чувствуете?”. Цель организации контрольной группы состояла в том, чтобы проверить возможность получения позитивного эффекта лечения исключительно в результате того, что на участника направлено внимание исследователя и он проводит определенное время, разбираясь в своей памяти. Это “вскрытие” своих воспоминаний, при котором субъект сознательно фокусируется на них на протяжении достаточно длительного времени, действительно можно рассматривать как своего рода модифицированное обусловливание путем самопогружения, но я считала, что в то же время его вполне можно считать плацебо-эффектом, так как действительные позитивные результаты терапии не являлись следствием прямого психотерапевтического воздействия за один сеанс психотерапии (Keane & Kaloupek, 1982).

В обеих группах я обращалась к каждому из субъектов с просьбой рассказать о беспокоящих образах их травматических воспоминаний, а также о сопутствующих негативных мыслях и идеях, касавшихся как самой травматический ситуации, так и их участия в ней (таких, как, например, “Я осквернена”, “Я ничтожество”, “Я не способна контролировать себя”). Эти мысли я называю “отрицательным самопредставлением”.

Затем я предлагала каждому из субъектов обратиться к образам из своей памяти и к отрицательному самопредставлению, оценивая уровень их тревожности с помощью 11 позиций Шкалы субъективных единиц беспокойства (ШСЕБ), в которой 0 представляет собой нейтральную степень тревожности, а 10 соответствует высшей возможной степени тревожности (Wolpe, 1991). При этом я предлагала субъектам вербализировать те позитивные мысли или убеждения, которые они хотели бы иметь в отношении самих себя (например, таких, как “Я стоящий человек”, “Я контролирую себя” или “Я делаю лучшее из того, что мог бы сделать”). Затем я предлагала субъектам оценить, насколько истинными воспринимались ими эти позитивные качества, используя для оценки семибальную шкалу семантического дифференциала — Шкалу соответствия представлений (ШСП), где 1 балл соответствовал “полному несоответствию”, а 7 баллов — “полному соответствию”. При этом я предупреждала субъектов, чтобы они использовали в качестве основы для оценки свои интуитивные чувства, а не интеллектуальный анализ. Техника ДДГ применялась в терапевтической группе от 15 до 90 минут. Результаты показаны на рис. 1 и 2.

В психотерапевтической группе можно было отметить два изменения: уровень тревожности понижался, указывая на выраженный эффект десенсибилизации, что отмечалось повышением степени соответствия положительного самопредставления и свидетельствовало о значительной когнитивной перестройке. В контрольной группе вначале наблюдалось увеличение тревожности. Это соответствовало реакции на начальные стадии процедуры погружения, что, кстати,

уже отмечалось рядом других исследователей (Boudewyns & Shipley, 1983). Кроме того, несмотря на возрастание тревожности у субъектов из контрольной группы, не было ничего необычного в том, что их чувство собственной полноценности снижалось. По этическим соображениям в контрольной группе после проверки плацебо-эффекта была применена техника ДДГ, и позитивный психотерапевтический эффект был достигнут при отстроченной терапии (контрольная группа Б). Хотя при психотерапии в контрольной группе мы старались предотвратить обсуждение возможных результатов лечения между ее участниками, некоторое сравнение ближайших результатов все же допускалось, в отличие от ситуации отсроченной психотерапии.

Данные об уровнях ШСЕБ и ШСП сразу же после проведения психотерапии, а также через один и три месяца показаны на рис. 3 и 4. Несмотря на то, что субъекты в терапевтической группе проходили только один психотерапевтический сеанс, из полученных данных можно сделать вывод, что была достигнута существенная степень десенсибилизации и выраженная когнитивная перестройка восприятия травматического события. В дополнение к количественным измерениям, основанным на сообщениях самих субъектов, я отмечала подтверждение изменений в выраженности симптомов. У четырех из двадцати двух субъектов изменения как в поведении, так и в симптоматике подтверждались сообщениями супруга, родителей или лечащего врача. Во время неформального психотерапевтического сеанса, происходившего через шесть месяцев с участием примерно половины участников исследования, также отмечалась устойчивость психотерапевтического эффекта.

Прекратились первичные жалобы — субъекты сообщали, что тяготившие их воспоминания были полностью устранены, так же как и навязчивые мысли (или, по крайней мере, их количество значительно уменьшилось), и если мысли, связанные с травматическими воспоминаниями, и возникали, они были лишены тревожности и присутствовавшего в них до начала психотерапии отрицательного самопредставления.

Кроме того, значительно сократились жалобы, связанные с нарушениями сна. Так, один из участников исследования, которого на протяжении всей жизни один или два раза в неделю беспокоили пугающие сновидения со сценами насилия, сообщил, что в ночь после ДДГ-терапии у него также был сон, связанный с темой насилия, но он не испытывал чувства страха и во сне "сделал ритуальный поклон своим врагам-самураям", "объединив с ними свои силы", после чего пугающие сны больше не повторялись. Пациент заявил, что эта "внутренняя война", длившаяся так долго, наконец завершилась, и его состояние стало таким же, как в тот период жизни, когда у него не было никаких кошмаров и он чувствовал себя "хорошо и уверенно, без всяких срывов". Его жена подтвердила, что он действительно перестал по ночам избивать кулаками подушку.

Ветерана войны во Вьетнаме на протяжении 21 года мучили тягостные воспоминания, навязчивые мысли и повторяющиеся ночные кошмары, связанные с травмировавшим его случаем, бороться с которыми у него уже "не было никаких сил". Он доверительно признался, что "человеком, перерезавшим ему в сновидении горло, был он сам". Других пугающих сновидений у него не было. Он признавал, что иногда у него были навязчивые мысли, но "ни одна из них не имела над ним власти". Он говорил также, что спокойно относится к другим воспоминаниям, связанным с войной во Вьетнаме. Два года спустя сообщение об этом случае было проверено независимым исследователем.

Наше исследование было завершено в 1988 году. Его результаты и описание основной терапевтической процедуры были публикованы в “Journal of Traumatic Stress” (Shapiro, 1989a). Более подробное описание самой процедуры (хотя оно и занимает всего лишь две с половиной страницы) вместе с информацией о нашем исследовании и описанием примеров конкретных случаев было опубликовано в “Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry” (Shapiro, 1989b).

ДДГ становится ДПДГ

Положительные результаты проведенного в 1989 году исследования и многочисленные запросы от профессиональных психотерапевтов, которые узнали об открытии ДДГ из моих выступлений на различных конференциях, позволили мне начать обучение процедуре ДДГ лицензированных профессионалов в области душевного здоровья. В интересах безопасности клиентов я определила ограничения для участия в обучении, к которому были допущены лишь специалисты, имеющие право диагностировать психические заболевания, а также способные обеспечить необходимые меры безопасности при работе с тем материалом, который может проявляться при этой форме психотерапии. Такие специалисты обладают знаниями о клинических методах психотерапии и психиатрии, которые могут быть использованы в том случае, если процедура ДДГ окажется неэффективной. В марте 1990 года с помощью троих коллег, которых я уже обучила технике ДДГ, был организован двухдневный семинар. В нем приняли участие 36 профессиональных психотерапевтов и психиатров. Информация о ДДГ распространялась от психотерапевтов, которые начали использовать эту технику в своей практике, и я стала регулярно проводить обучающие семинары.

В течение первого года “официального” признания процедуры ДДГ как метода психотерапевтического воздействия я сделала для себя несколько важных выводов на основе обратной связи от участников обучающих программ, а также сообщений клиентов, с которыми работали не прошедшие подготовку психотерапевты, узнавшие о ДДГ лишь из публикаций в журналах. Во-первых, мне стало понятно, что практическое применение процедуры ДДГ оказалось далеко не таким простым, как я первоначально думала, и в дальнейшем при обучении процедуре ДДГ мне необходимо учитывать такие факторы, как степень травмированности клиента и нормирование времени, отводимого на процедуру. Во-вторых, я поняла, что характер обучения психотерапевтов нуждается в некоторых изменениях, поскольку контингент пациентов начал расширяться и появились клиенты, оказывающие те или иные формы сопротивления процедуре ДДГ. В-третьих, я осознала, что для достижения полной психотерапевтической эффективности техники ДДГ и предотвращения возобновления симптомов необходимо усовершенствовать некоторые компоненты процедуры и добавить в нее новые элементы, в которых больше внимания уделялось бы остаточным телесным напряжениям. В-четвертых, стало ясно, что обучение ДДГ должно сопровождаться практикой под наблюдением опытного специалиста, так как многие аспекты эффективного использования ДДГ в непосредственной работе с клиентами — включая вопрос времени, прохождения узловых моментов принятия решения и невербальную обратную связь, выполняющую роль важного индикатора, — необходимо практически демонстрировать во время обучения. И наконец, стало очевидным и то, что согласившиеся на процедуру ДДГ клиенты идут

на риск повторного травмирования негативным бессознательным материалом, происходящего в том случае, если технику ДДГ попытается использовать неподготовленный психотерапевт.

В результате опыта обучения и обобщения сообщений от прошедших подготовку специалистов о сотнях случаев из их практики стало ясно, что оптимальная процедура ДДГ должна включать в себя как десенсибилизацию, так и когнитивное переструктурирование воспоминаний и личных отношений, которые появляются как побочные продукты процесса адаптации беспокоящих воспоминаний. Осознав все это, я дала новое название своей технике — Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ). Этот факт был не просто изменением названия, он указывал на существенный сдвиг в парадигме и всей перспективе, выводящей технику ДПДГ далеко за пределы ее первоначального клинического истолкования как всего лишь способа лечения посттравматического синдрома. Совершенствование принципов, протоколов и процедур и возникновение техники ДПДГ в ее нынешней форме привело к тому, что сейчас ДПДГ можно определить как методологию нового подхода к психотерапии в целом. Все это будет подробно описано в дальнейших разделах книги.

Дальнейшие клинические и экспериментальные наблюдения

Успешные клинические результаты использования ДПДГ в практике около 10 тыс. врачей и психотерапевтов, прошедших к настоящему времени обучение, указывают на широкий диапазон применимости этой техники. Так, например, обследование, санкционированное и частично финансированное медицинским центром Департамента по делам ветеранов войны во Вьетнаме, охватило врачей и психотерапевтов, прошедших обучение ДПДГ и применявших ее в работе с более чем 10 тыс. клиентов. Как показало исследование, 74% психотерапевтов считают, что ДПДГ дает больший терапевтический эффект, чем другие методы, и лишь 4% опрошенных заявили, что техника ДПДГ менее эффективна, чем другие (Lipke, 1992; см. Приложение IV). Опубликованные описания клинических случаев и сообщения на конференциях свидетельствуют об успешной терапии с помощью ДПДГ большого количества пациентов, в том числе:

1) ветеранов боевых действий при операции “Буря в пустыне”, ветеранов войны во Вьетнаме, Корее и второй мировой войны, не поддававшихся проводившемуся ранее лечению, у которых прекратились тягостные воспоминания, ночные кошмары и другие проявления посттравматического синдрома (Carlson, Chembtob, Rusnak & Hedlund, in press; Daniels, Lipke, Richardson & Silver, 1992; Lipke & Botkin, 1992; Perry, in press; Taber, in press; Thomas & Gafner, 1993; Viols & McCarthy, 1994; Young, in press);

2) индивидов с фобиями, у которых было отмечено быстрое снижение страха и другой симптоматики (Doctor, 1994; Kleinknecht, 1993; Lohr, Tokin & Kleinknecht, in press-a, in press-b);

3) лиц, страдающих паническим синдромом, которые после применения ДПДГ выздоравливали гораздо быстрее, чем при использовании других способов лечения (Goldstein & Feske, 1993; 1994; O’Brien, 1993);

4) жертв преступлений и полицейских, которых перестали беспокоить последствия пережитого ими нападения с применением насилия (Baker & McBride,

1991; Kleinknecht, 1992; Page & Crino, 1993; Shapiro & Solomon, in press; Solomon, 1995);

5) лиц, избавившихся от переживаний чрезмерного горя, связанного с утратой любимого и близкого человека, или смертью других людей, происшедшей по их вине, — например, машинист поезда, мучимый чувством вины после того, как под его поезд попал человек (Puk, 1991a; Solomon, 1994, 1995; Solomon & Shapiro, in press);

6) детей, излеченных от симптомов, вызванных травмой, пережитой во время насильственного нападения или при стихийных бедствиях (Abruzzesse, 1994; Cocco & Sharpe, 1993; Greenwald, 1994; Pellicer, 1993; Shapiro, 1991a);

7) жертв сексуального насилия, которые после прохождения терапии приобрели возможность вести нормальный образ жизни и иметь интимные отношения (Gould, 1994; Parnell, 1994; Puk, 1991a; Shapiro, 1989b, 1991a, 1994a; Spector & Huthwaite, 1993; Wolpe & Abrams, 1991);

8) жертв катастроф и пожаров, которые смогли расслабиться после пережитой травмы и возобновить свою продуктивную жизнь (McCann, 1992; Puk, 1992; Solomon & Kaufman, 1994);

9) лиц, страдавших от сексуальных расстройств, получивших после психотерапии возможность иметь здоровые и нормальные сексуальные отношения (Levin, 1993; Wernik, 1993);

10) клиентов с наркотической зависимостью всех стадий, у которых после применения ДПДГ наблюдалось устойчивое освобождение от зависимости и уменьшение тенденции к рецидивам (Kitchen, 1991; Shapiro, Vogelmann-Sine, & Sine, 1994);

11) лиц с диссоциативными расстройствами, возвратившихся к норме быстрее, чем это могло быть достигнуто с применением традиционной психотерапии (Fine, 1994; Lazrove, 1994; Marquis & Puk, 1994; Paulsen, in press; Paulsen, Vogelmann-Sine, Lazrove, & Young, 1993; Puk, 1994; Rouanzoin, 1994; Young, 1994);

12) клиентов с широким спектром проявлений посттравматического синдрома и другими диагнозами, испытавших на себе явную пользу от применения ДПДГ (Cohn, 1993; Fensterheim, 1994a; Figley & Carbonell, 1995; Forbes, Creamer, & Rycroft, 1994; Marquis, 1991; Puk, 1991b, 1994; Spates & Burnette, in press; Vaughan, Wiese, Gold, & Tarrier, 1994; Wolpe, 1991).

Хотя было проведено довольно много экспериментальных исследований эффективности ДПДГ, давших положительный результат, о чем сообщалось на профессиональных конференциях, большая часть материалов этих исследований до сих пор не опубликована. Опубликованные результаты экспериментальных исследований ДПДГ, к сожалению, далеко не столь однозначны по сравнению с безусловно положительными результатами исследований в клинической практике, о которых я упоминала выше. Поскольку необходимость проведения адекватных исследований не вызывает сомнения, то в главе 12 данной книги, после того как читатель сможет лучше понять методологию в целом, я приведу подробное изложение всех проблем, связанных с проведением таких исследований, и свои предложения по этому поводу. Психотерапевтам и психологам, применяющим на практике технику ДПДГ, важно помнить, что, хотя для полной оценки ДПДГ сравнительных экспериментальных данных пока еще действительно недостаточно, существуют вполне убедительные доказательства, для того чтобы по здравому размышлению признать применимость ДПДГ как в

психотерапевтической практике, так и в исследовательской работе, в особенности в случаях, связанных с посттравматическим синдромом. Исследования той или иной техники зачастую значительно отстают от ее фактического применения в практической работе.

Изменение парадигмы

Изменение названия было связано с изменением представления о сущности техники — от чисто поведенческого определения как просто десенсибилизации тревожности к более полной и интегративной парадигме переработки информации. Эта парадигма включает в себя возможность применения в психотерапевтической практике терминологии и некоторых понятий, связанных с переработкой информации, и идей об ассоциативных сетях, впервые предложенных Лэнгом (Lang, 1977) и Боуэром (Bower, 1981). Существует много других теорий переработки информации, имеющих свои достоинства (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson, & Twentyman, 1988; Foa & Kozak, 1986; Horowitz, 1979; Litz & Keane, 1989). ДПДГ-модель вполне совместима с ними и в то же время отличается от этих теорий в отдельных своих элементах и способах применения. Наблюдения во время психотерапевтических сеансов позволили идентифицировать некоторые паттерны процесса переработки информации и образования ассоциативных воспоминаний, сформулировать определенные принципы практического применения ДПДГ.

Один из принципов, являющийся важным в практике ДПДГ (и не определяемый с достаточной точностью в других теориях), предполагает существование у всех людей врожденной системы — точнее, физиологического механизма — переработки информации для достижения оптимального душевного здоровья. Такое адаптивное положительное разрешение травматической информации предполагает, что негативные эмоции перерабатываются до постепенного ослабления, при этом происходит своего рода обучение, помогающее интегрировать эти эмоции и использовать их в дальнейшем. Баланс такой системы переработки информации может нарушиться во время травмы или стресса, возникающих в процессе развития. Но если эта система была хотя бы один раз активизирована с помощью ДПДГ и пребывает с тех пор в динамическом состоянии, она будет преобразовывать информацию до уровня терапевтически приемлемого разрешения. В этом случае десенсибилизацию и когнитивное переструктурирование можно воспринимать как своего рода побочные продукты адаптивной переработки, происходящей на нейрофизиологическом уровне.

Этот принцип никоим образом не противоречит той поведенческой ориентации, которой я первоначально придерживалась и которая включала в себя признание взаимодействия между усвоенным в процессе обучения материалом, обусловленными реакциями и физиологическими обстоятельствами, а также способностью психотерапевта вмешиваться в этот процесс для его структурирования и получения наблюдаемых поведенческих результатов. Действительно, многие бихевиористы могли бы проинтерпретировать ДПДГ исключительно в терминах обусловливания и (или) воздействия. Однако хотя исследования последнего десятилетия многое прояснили в механизмах, лежащих в основе ДПДГ, применяющие эту технику психотерапевты нуждаются в эвристическом подходе, который мы сегодня можем предложить. Информационно-перерабатывающая парадигма, которую я назвала моделью ускоренной перера-

ботки информации, предлагает способ объяснения эффекта ДПДГ, а также позволяет успешно предсказывать применимость техники ДПДГ к разнообразным проблемам. Следующий раздел этой главы кратко описывает основные моменты модели ускоренной переработки информации. Более подробно мы обсудим эту тему в главе 2.

Ускоренная переработка информации

Модель ускоренной переработки информации рассматривает большинство патологий как следствие предшествовавшего жизненного опыта, создающего устойчивый паттерн аффекта, поведения, самопредставления и соответствующей структуры личностной идентичности. Патологическая структура коренится в статической, недостаточно переработанной информации, откладывающейся в памяти во время травматического события. В диапазоне от простого посттравматического синдрома и фобий до более сложных явлений, таких как панический синдром, некоторые формы депрессии, диссоциативные и личностные расстройства, сама патология может рассматриваться как конфигурация, возникшая под влиянием предшествовавшего опыта, сохраняющегося в нервной системе в форме, обусловленной пережитым состоянием.

Предшествовавший травматический опыт пациента оказывает значительное влияние на его реакцию на стимулы и раздражители, извлекающие из памяти негативные эмоции и соответствующие самопредставления, воплощенные в этих воспоминаниях. Недостаток адекватного усвоения информации означает, что клиент продолжает эмоционально и поведенчески реагировать на происходящее в настоящее время так, как определяется предшествовавшим травматическим событием. Например, ребенок может испытывать вполне понятный страх и утрату контроля над собой, когда его напугает взрослый, но если на подобную ситуацию таким же образом будет реагировать взрослый человек, то это считается неуместным. Взрослый человек может испытать чувство страха и утратить самоконтроль во время урагана или иного стихийного бедствия, но если у него через месяц возникает такая же реакция при порыве ветра, то это можно считать патологическим явлением. Дисфункциональная природа травматических воспоминаний, в том числе и способ их сохранения в памяти, приводит к тому, что негативные аффекты и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее. Переработка таких представлений в ходе ДПДГ позволяет положительным, вселяющим уверенность эмоциям и представлениям формировать обобщенные ассоциативные образы памяти на основе новых нейрофизиологических временных связей, что ведет к возникновению у клиента более адекватных форм поведения. С таких позиций многие проявления психопатологии можно рассматривать как вполне поддающиеся излечению, если, конечно, психотерапевт сможет правильно определить цель и предмет своего воздействия. Поэтому важным компонентом определения анамнеза выступает идентификация и выявление воспоминаний, которые привели к формированию отрицательной “Я-концепции” клиента и его негативного поведения. Даже явно выраженные личностные нарушения вполне могут быть изменены к лучшему с помощью подобной переработки, которая дестабилизирует дисфункциональные характеристики, — например, травматического воспоминания, — заставляющие параноидную личность быть подозрительной по отношению к другим людям, а индивида с синдромом избегания чувствовать себя безумным.

Для некоторых психотерапевтов принятие модели ускоренной переработки информации может восприниматься как естественная и закономерная интеграция их представлений, но для других потребуется смена парадигмы. В предлагаемом нами подходе есть определенные моменты, которые могут быть подвергнуты критике. Здесь я лишь кратко отмечу их.

1. *Возможность непосредственного, но не требующего директивного вмешательства физиологического взаимодействия с накопленными в памяти патологическими элементами.* Наблюдения за результатами ДПДГ-психотерапии позволяют предположить, что причиной патологий является информация дисфункциональной природы. На нее можно непосредственно воздействовать и трансформировать, не используя медикаментозные методы лечения. Например ДПДГ-психотерапия избирает в качестве цели сами воспоминания клиента на травматические события, а не реакцию на них (полученную с помощью биологической обратной связи, погружения или тренинга релаксации). Преобразование информации в воспоминании в результате воздействия происходит как бы спонтанно и приводит к изменению реакции клиента.

Наблюдения за возникшими в результате ДПДГ-психотерапии изменениями как в самих воспоминаниях, так и в способе их хранения вполне согласуются с недавними предположениями, сделанными вне зависимости от наших исследований, относящимися к декларативной (т.е. имеющей повествовательный характер) и недекларативной памяти (Lipke, 1992a; van der Kolk, 1994). Перед началом применения ДПДГ-психотерапии избранное в качестве цели воздействия травматическое воспоминание может проявляться в форме картины, представления, аффекта и физических ощущений, имеющих травматическую форму, определяемую тем состоянием, с которым было связано само приобретение данного опыта. Эти факторы указывают на то, что травматические воспоминания хранятся в недекларативной памяти. Однако после ДПДГ-психотерапии эти воспоминания оказывают уже гораздо меньшее травматическое воздействие и связываются с более позитивными представлениями и более адекватными эмоциями. Кроме того, сопутствовавшие беспокоящие физические ощущения уже не наблюдаются. Возможно, переработка информации приводит к более оптимальным способам ее сохранения в декларативной памяти, а это означает освобождение от патологических реакций.

2. *Представление об изначально существующей адаптивной информационно-перерабатывающей системе.* Суть этого предположения состоит в том, что такая внутренняя система переработки информации действительно существует и патологии возникают в результате заблокированности этого естественного механизма. Поэтому, если травматическое воспоминание найдено и система переработки активируется, травматическая информация приобретает свое адаптивное разрешение. Наблюдения во время сеансов ДПДГ-психотерапии подтверждают это предположение. Нет сомнения, что система переработки информации организована таким образом, что это позволяет ей восстанавливать душевное здоровье так же, как тело естественно выздоравливает после травмы. Это представление является основой теоретической модели ДПДГ, ориентированной прежде всего на самого клиента.

Предположение о том, что сама травма в некотором смысле порождается нарушением баланса и возникновением препятствия в адекватной переработке информации, было впервые высказано P. Janet (1889/1973), а также И. Павло-

вым (Pavlov, 1927). Кроме того, оно выдвигается в современных исследованиях деятельности нейромедиаторов (van der Kolk, 1993; Watson, Hoffman, & Wilson, 1988; Zager & Black, 1985).

С этим согласуется наша гипотеза о том, что, если система переработки информации будет однажды активирована, травматическая информация начнет естественно стремиться к позитивному разрешению. Так, например, нам неизвестно о том, чтобы проходившие ДПДГ-психотерапию жертвы изнасилований ощущали отвращение к себе, примирившись с фактом травматического происшествия. Наоборот, эти клиенты, приходившие на психотерапию с чувством вины и стыда, достигали затем положительного состояния самопринятия, покоя и примирения с травматическим событием. Следует отметить, что, хотя клиенты могут на сеансах переживать острое чувство душевного разлада и временно ощущать обострение беспокойства, все это является лишь переходной стадией на пути к целительному разрешению.

Тенденция движения к положительному состоянию, когда информационно-перерабатывающая система поддерживается в динамической форме с помощью ДПДГ, согласуется с идеями Маслоу (1970). В то же время можно говорить и о корреляциях с предположениями традиционной медицинской модели, где медикаментозное лечение и прямое вторжение в организм используются для разблокирования естественных целительных возможностей тела и ускоряют их проявление. В психотерапии травм с помощью ДПДГ предполагается, что аналогичный терапевтический эффект достигается при разблокировании механизма переработки информации.

3. *Изменение идентификации по мере сдвигов в структуре запечатленной информации.* По мере трансформирования травматической информации происходит сопутствующее этому изменение когнитивной структуры, поведения, эмоций, ощущений и т.п. Клинический опыт показывает, что если хотя бы однажды специфические травматические воспоминания были переработаны, то чувство собственной силы клиента и его самооценка автоматически изменяются. Это спонтанно приводит к новым, более самоутверждающим формам поведения. Модель ускоренной переработки информации предполагает, что дисфункциональные воспоминания предшествуют развитию патологических качеств личности и что структура травматических воспоминаний может быть изменена. Теоретически можно точно предсказать (и это соответствует наблюдениям психотерапевтов, работающих с ДПДГ), что даже некоторые личностные расстройства поддаются сравнительно быстрым изменениям, если в качестве цели переработки избираются ключевые травматические воспоминания (разумеется, исключая факторы возможных биохимических или органических нарушений).

4. *Освобождение от ранее принятых временных ограничений.* ДПДГ обладает способностью вызывать глубокие психотерапевтические изменения за более короткое время, чем то, которое в традиционном подходе считается необходимым для достижения подобного эффекта; при этом время, прошедшее с момента самого травматического события, значения не имеет. В ДПДГ основной акцент делается на создании психотерапевтического эффекта с помощью установления адаптивной связи ассоциативных нейрофизиологических цепочек с информационно-перерабатывающей системой. Физической близостью этих двух

систем объясняется то, что для достижения результата психотерапии нет необходимости быть жестко ограниченным временными рамками. Так, например, руководители ряда медицинских центров Департамента по делам ветеранов сообщали (Daniels et al., 1992) о случаях, когда эффект переработки достигался за один сеанс ДПДГ. При этом происходила полная десенсибилизация и когнитивное переструктурирование травматических воспоминаний, в особенности у тех ветеранов войны во Вьетнаме, которые до того не поддавались воздействию психотерапии.

Я хотела бы подчеркнуть, что наблюдения случаев *спонтанно* возникавших движений глаз привели меня к убеждению, что я натолкнулась на некий врожденный физиологический механизм, оказывающий воздействие на когнитивные процессы. Эта первоначальная оценка была особенно важна, так как она подкрепляла теоретические обоснования и мою готовность согласиться с фактом быстрых и глубоких терапевтических изменений. Мне казалось вполне логичным предположить, что использование движений глаз приводит к непроизвольному подключению к врожденному физиологическому механизму, развившемуся для переработки травматической информации, что и создает психотерапевтический эффект, вполне сравнимый с результатами медикаментозного психофармакологического вмешательства или даже превосходящий его. Химические изменения в синаптических рецепторах или же биохимические и биоэлектрические факторы, способствующие лечению посттравматического синдрома, несомненно, можно считать важной областью исследований. В отличие от традиционного, прежде всего нейробиологического подхода к лечению посттравматического синдрома, оправдывающего применение бензодиазепинов, карбамазепина или препаратов лития, техника ДПДГ отдает предпочтение использованию адаптивных процессов самого организма. А поскольку не только движения глаз, но (как показано в главе 3) и другие стимулы могут приводить к такому же эффекту, то сам телесно-ориентированный психотерапевтический подход указывает на то, что при активации присущих организму адаптивных физиологических процессов присутствует нечто, выходящее за рамки только лишь биохимического объяснения.

Поскольку все психотерапевтические методы можно считать работающими с информацией, физиологическим образом накопленной в мозге, то информационно-перерабатывающая парадигма обеспечивает такой интегративный подход, который может включать в себя ключевые аспекты таких разных направлений, как психодинамическое, поведенческое, когнитивное, гештальт, а также телесно-ориентированные формы психотерапии (включая психофармакологию).

Теоретическая совместимость

Использование ДПДГ может быть полностью совместимо с большинством известных психологических подходов. Важность приобретенных в раннем детстве воспоминаний соответствует психодинамической модели (Freud, 1900—1953; Jung, 1916), в то время как сосредоточение внимания на существующих в настоящее время дисфункциональных реакциях и формах поведения полностью согласуется с парадигмой обусловливания и генерализации в классическом бихевиоризме (Salter, 1961; Wolpe, 1991). В дополнение к тому, что техника ДПДГ центрирована на клиенте (Rogers, 1951), наш подход обращается к концепции

позитивной и негативной самооценки — концепции, прочно укорененной в сфере когнитивной психотерапии (Beck, 1967; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977; Young, 1990), а акцент на физических реакциях клиента, связанных с существующими у него дисфункциональными проявлениями (Lang, 1979), является важным элементом в полномасштабном психотерапевтическом использовании этой техники.

Посттравматический синдром

Первоначально ДПДГ была психотерапевтической техникой, ориентированной именно на применение к лицам с диагнозом посттравматического синдрома. Работа с ветеранами войны во Вьетнаме привлекла внимание к самому травматическому событию, указывая на возможность ожидания устойчивых психологических реакций на стресс, что является прямым следствием величины стрессового фактора (Figley, 1978b; Kadushin, Boulanger, & Martin, 1981; Laufer et al., 1981; McDermott, 1981; Strayer & Ellenhorn, 1975; Wilson, 1978).

Психотерапевты, работающие с лицами, пережившими травму, согласны в том, что улучшение в случае посттравматического синдрома достигается путем установления связи с самим травматическим событием и последующего применения широкого диапазона психотерапевтических техник. К сожалению, в литературе есть всего лишь несколько сообщений об экспериментальных исследованиях, подтверждающих эффективность подобных техник. Большая часть опубликованных работ, посвященных данной теме, содержит этиологические, эпидемиологические либо иные теоретические предположения, обычно основанные на не контролировавшихся исследованиях клинических случаев и на перечислении возможных результатов, обещанных теми или иными психотерапевтическими техниками (Blake, Abueg, Woodward, & Keane, 1993; Hyer, 1994b; Malloy, Fairbank, & Keane, 1983; Solomon, Gerrity, & Muff, 1992). Тем не менее различные аспекты этих многочисленных теорий и терапевтических методов были инкорпорированы в практику ДПДГ, доказав свою эффективность.

Биохимический подход

Одно из многообещающих направлений исследований связано с гипотезой о том, что посттравматический синдром является результатом биохимических изменений в центральной нервной системе (ЦНС), вызванных стрессом (Anisman, 1978; Christi & Chester, 1982). Это основано на предположении, что парадигма “возникшей в результате научения беспомощности”, созданная на основе лабораторных экспериментов, в которых подопытных животных подвергали стрессовому воздействию в ситуации невозможности спастись бегством, аналогична поведенческим эффектам посттравматического синдрома (Van der Kolk, Greenberg, Boyd, & Krystal, 1985). Существует также предположение, что травматические события вызывают изменение в ЦНС на уровне обмена норэпинефрина, что ведет к общему снижению уровня активности и к таким симптомам, как ослабление мотивации и затормаживание эмоций. Эта парадигма также предлагает свое объяснение симптомам гиперактивности и увеличения эмоциональной лабильности, что вызывается последствиями норадренергетической гиперчувствительности. Излагая такое понимание проблемы, Ван дер Колк пред-

положил, что лечение посттравматического синдрома должно включать в себя намеренное предъявление раздражителя, — воздействие, подобное тому, которое используется для подавления последствий пережитого подопытными животными шока в ситуации, когда спастись бегством невозможно.

Другие теории также предполагают, что именно физиологические изменения ведут к повышенной возбудимости и чувствительности у жертв посттравматического синдрома. Колб (Kolb, 1987) выдвинул гипотезу, согласно которой в основе механизмов, регулирующих сон и функции контроля агрессивного поведения, лежат кортикальные процессы. Ван дер Колк (1987) и Фридман (1988) предположили, что феномен “очага свечения”* (т.е. прогрессирующее возрастание чувствительности) является причиной возникновения состояний возбуждения, типичных для посттравматического синдрома. Эти биохимические модели вполне согласуются с моделью ускоренной переработки информации, согласно которой физиологическое блокирование переработки ответственно за патологические проявления, и быстрые и позитивные результаты ДПДГ-психотерапии вытекают из электро- и биохимических изменений, восстанавливающих баланс в естественной физиологической системе, предназначенной для ассимиляции травматического события **.

Психодинамический подход

С нашим подходом хорошо согласуется и психодинамическая модель переработки информации (Horowitz, 1979), предполагающая, что существующая у индивида естественная “тенденция к завершению” продолжает перерабатывать травматическую информацию в активной памяти до тех пор, пока она не начнет соответствовать внутренней модели мира, существующей у индивида. Если же травматическое событие не может быть включено в существующую схему, то информация остается в активной памяти и будет прорываться наружу в форме навязчивых мыслей. Этот процесс, перемежаясь с периодами торможения, длится до тех пор, пока не будет достигнут определенный уровень интеграции.

В психодинамическом подходе делается попытка реинтегрировать травматический опыт путем использования разнообразных техник, связанных со специфическими стадиями травматического расстройства (или же стадиями психотерапевтического процесса), так же как и со стадиями личностного развития клиента (Blackburn, O’Connell, & Richman, 1984; Brende, 1981; Brende & McCann, 1984; Crump, 1984; Horowitz, 1973, 1974; Horowitz & Kaltreider, 1980). Психотерапевтическое вмешательство включает в себя техники “сокрытия” (например, управление стрессом) для стадий, связанных с навязчивыми мыслями, и “раскрывающие” техники (такие, как психодрама), применяемые во время стадии отрицания (Horowitz, 1973, 1974). К сожалению, работы, в которых исследуется эффективность психодинамического подхода (Horowitz, Marmar, Weiss, Dewitt, & Rosenbaum, 1984; Lindy, Green, Grace, & Titchener, 1983), страдают явно недостаточным числом наблюдений в контрольных группах и нестрогим разведением субъектов с разными диагнозами, из которых лишь некоторые клиенты были с посттравматическим синдромом. Однако сама теория “тенденции к завершению” хорошо согласуется с существующим в ДПДГ представлением о блокировании переработки информации и, кроме того, эта теория ценна использованием различных стратегий, направленных на эффективную помощь клиен-

ту, что также согласуется с мультимодальным подходом ДПДГ, включающим в себя техники самоконтроля, стадии воображаемого проигрывания необходимой сцены, а также усвоение альтернативных форм поведения.

Поведенческий подход

Поведенческий подход к посттравматическому синдрому разъясняется в работе Кене, Цимеринга и Кеддела (1985) и сопровождается двухфакторной теорией обучения (Mowrer, 1960), включающей в себя как классическое, так и оперантное обусловливание. Сторонники этой теории считают, что существует определенное взаимоотношение между развитием страха и избегающим поведением. Это явление характерно для случаев посттравматического синдрома и наблюдается у проходящих обусловливание подопытных животных (Keane, Zimering, & Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen, & Resick, 1982; Kolb, 1984).

В теории Моурера (Mowrer) первый фактор включает в себя обучение с помощью ассоциации, или классическое обусловливание, — такое же, как в первых экспериментах И. Павлова, где звонок колокольчика, выполнявший роль условного раздражителя, соединялся с переживанием стресса, являвшимся безусловным раздражителем. Такое соединение приводило к возникновению аверсивного, т.е. вызывающего неприятие, эмоционального состояния, — например, чувству страха, возникающему сразу же, как только раздавался звонок (Pavlov, 1927). Вторым фактором в теории Моурера является инструментальное обучение, или избегающее поведение, приводящее к тому, что организм будет последовательно избегать и условный раздражитель (звонок), и безусловный (стресс). В этой парадигме страх, вызванный артиллерийской стрельбой во время войны или, например, случаем изнасилования, ассоциируется с другими переживаниями. Все подобные ассоциации типа громкого шума в случае артиллерийской стрельбы или темных улиц в случае изнасилования будут по мере возможности игнорироваться жертвой. Два экспериментальных исследования, посвященных тому, как ветераны войны во Вьетнаме реагируют на раздражители, напоминающие им о войне, подтверждают эту модель обусловливания (Blanchard, Kolb, Pallmayer, & Gerardi, 1982; Malloy et al., 1983). Кроме того, есть сообщения о вполне успешном психотерапевтическом воздействии, основанном на этой теории (Faifbank & Nicholson, 1987).

Диагностические критерии посттравматического синдрома включают в себя навязчивые мысли, относящиеся к травматическому событию, тягостные воспоминания и ночные кошмары, содержащие специфические подробности травматического события. Таким образом, техники поведенческой психотерапии могут быть использованы для усиления воздействия на обусловленные раздражители с целью ослабления сопутствующего этому раздражителю поведения, основанного на тревожности и (или) страхе, а также соответствующих физиологических проявлений. Поскольку в основе физиологической и поведенческой дезадаптации лежит травматическое событие, в поведенческом подходе для облегчения симптоматики посттравматического синдрома используются техники прямого психотерапевтического воздействия (Boydewyns & Shipley, 1983), известные также как техники погружения (Malleson, 1959) и имплозивные техники, предполагающие прямую конфронтацию с происшествием (Stampfl, цит. в London, 1964).

В случае использования для лечения посттравматического синдрома прямого психотерапевтического воздействия травматичность воспоминаний часто ослабевает после нескольких сеансов, пока не происходит снижение уровня тревожности. Цель в этом случае состоит в том, чтобы вызывать у клиента как можно большую степень тревожности на протяжении максимально длительного времени. Психотерапия в этом случае основана на предположении, что намеренное воздействие, препятствующее обычной реакции избегания раздражителей, вызывающих тревожность (не подкрепленных необусловленными аверсивными факторами), приводит к ее снижению. (Levis, 1980; Stampfl & Levis, 1967). Показателен случай одного из ветеранов войны во Вьетнаме, страдавшего от воспоминаний о травматическом событии, во время которого он оказался единственным оставшимся в живых из группы в пять человек. Для успешной психотерапии этого пациента потребовалось девять сеансов от 60 до 70 минут каждый (Fairbank et al., 1983).

Интенсивность вызываемой тревожности и количество сеансов, необходимых для достижения десенсибилизации с помощью ПТВ, могут указывать на вероятность того, что клиент не поддается психотерапии, хотя данных о степени отсева таких клиентов у нас нет. Тем не менее психотерапевтическое сообщество продолжает высказывать озабоченность процедурой преднамеренного вызывания у клиента реакций, рассчитанных на длительное повышение тревожности (Fairbank & Brown, 1987b; Pitman et al., 1991). ДПДГ предлагает альтернативный подход к лечению травматических воспоминаний, не требующий продолжительного воздействия раздражителей, вызывающих высокую степень тревожности, и в то же время осуществляющий быструю десенсибилизацию травматического события.

Во многих отношениях ДПДГ также можно считать способом воздействия на клиента, так как ему при этом предлагается удерживать в сознании воспоминание о травматическом событии, что и используется для достижения непосредственного психотерапевтического эффекта. Однако степень такого воздействия при ДПДГ значительно меньше, чем то продолжительное влияние на клиента, которое предлагается техниками прямого психотерапевтического воздействия для развития процесса торможения и проявления признаков снижения тревожности (Daniels et al., 1992; Wilson, Covs, Foster, & Silver, 1995; Wilson, Becker, & Tinker, в печати). Кроме того, в ДПДГ не предполагаются попытки усиления или повышения уровня тревожности, как предусматривается в техниках ПТВ, и именно это отличие делает технику ДПДГ более приемлемой для многих психотерапевтов (Lipke, 1992b).

Вместе с тем, в соответствии с упомянутыми исследованиями, необходимость определенного воздействия на травматическое событие не вызывает сомнения, равно как и необходимость “разобусловливания” ассоциированного раздражителя. По этим причинам протоколы ДПДГ предусматривают трехкомпонентный подход, направленный на достижение желаемых изменений в поведении и состоящий из переработки: первичного события, существующего в настоящее время раздражителя и негативной реакции на поведение, проецируемое в будущее.

Когнитивно-поведенческий подход

Включение в технику ДПДГ на стадии десенсибилизации некоторых аспектов когнитивной психотерапии основано на сообщениях об исследовании эффективности такой психотерапии у жертв изнасилования. Как известно, жертвы изнасилования составляют большую часть клиентов с диагнозом посттравматического синдрома, и вместе с ветеранами военных действий образуют однородную группу, хорошо подходящую для клинических исследований эффективности психотерапии. В обоих случаях психотерапия часто требует подходов, сочетающих в себе различные методы, в том числе обучение совладающим умениям, когнитивное вмешательство, а также техники воздействия на стресс и предоставление информации, рассеивающей социальные мифы, обостряющие и усиливающие у жертв их негативную самооценку (Forman, 1980; Kilpatric & Veronen, 1983; Pearson, Poquette, & Wasden, 1983; Veronen & Kilpatrick, 1983). При этом используется трехступенчатая программа “прививки против стресса”, включающая в себя “образовательную” стадию, стадию “репетирования”, во время которой исследуются приемы релаксации и способы когнитивного воздействия на стресс, и, наконец, стадию непосредственного применения (Meichenbaum, 1977). Именно на стадии применения могут быть успешно использованы техники прямого воздействия (Pearson et al., 1983; Rychtarik, Silverman, Van Landingham, & Prue, 1984; Wolff, 1977).

Хотя здесь особенно сильно выделен именно когнитивный аспект психотерапевтического процесса, изучение литературы показывает, что техники воздействия зачастую используются в числе других терапевтических методов или же как основной компонент этих методов психотерапии (Fairbank & Brown, 1987a). Систематическая десенсибилизация, включающая в себя сочетание дозированного воздействия для снижения уровня тревожности и релаксации (Wolpe, 1858), успешно использовалась в работе с жертвами изнасилования, когда психотерапевтический процесс был сосредоточен на всех факторах в окружении клиента, напоминающих ему об изнасиловании, а также на возникающих у клиента чувствах страха и тревожности. Техника десенсибилизации успешно применялась в различных случаях для ослабления страха, тревожности и депрессии и для увеличения степени социальной адаптированности (Frank et al., 1988; Frank & Stewart, 1983a, 1983b; Pearson et al, 1983; Turner, 1979; Wolff, 1977).

Хотя десенсибилизация травматических факторов проявила себя как вполне эффективная, психотерапевтическое сообщество все же озабочено использованием прямого психотерапевтического воздействия при работе с жертвами изнасилования по причине бесполезности конкретного обращения к иррациональным представлениям и невозможности обеспечения альтернативных стратегий совладания с ситуацией, а также из-за вероятности высокого уровня отсева клиентов, связанного с продолжительной высокой тревожностью, возникающей при использовании прямого психотерапевтического воздействия (Kilpatrick et al., 1982; Kilpatric & Best, 1984). Несмотря на то, что эти моменты постоянно оспариваются (Rychtaric et al,. 1984), количество сообщений в литературе о применении прямого психотерапевтического воздействия при работе с жертвами изнасилования остается явно недостаточным (Steketee & Foa, 1987), — возможно, именно по причине значительного уровня тревожности, связанного с таким способом психотерапии.

Так же как в случаях лечения посттравматического синдрома, вызванного участием в боевых действиях, в литературе имеются лишь спорадические сооб-

щения об экспериментальных исследованиях, посвященных посттравматическому синдрому, связанному со случаями изнасилования (Foa et al., 1991; Resick & Schnicke, 1992), в основном дело ограничивается анализом отдельных случаев. Другая трудность, которую можно сформулировать на основе данных, приводимых в литературе и направленных на оценивание эффективности психотерапевтических процедур с клиентами такого типа, связана с тем, что психотерапия была начата в первые три месяца после травматического события. На протяжении этого времени обычно происходило спонтанное избавление от симптомов посттравматического синдрома (Fairbank & Brown, 1987b; Kilpatrick & Calhoun, 1988).

Характерными симптомами, повторяющимися в случае травмы изнасилования, являются печаль, переходящая в чувство утраты; дискомфорт, переходящий в чувство собственной уязвимости; страх перед новым нападением и чувство вины, связанное с ответственностью за происшедшее и необходимостью както разобраться во всем этом (Krupnic & Horowitz, 1981). Особое внимание необходимо обратить на три основных убеждения или предположения, которые разрушались, когда индивид оказывался в роли жертвы: идея собственной неуязвимости, восприятие мира как чего-то значимого и позитивный образ себя (Janoff-Bulman, 1985). Исследования, проводившиеся с жертвами изнасилования, показали, что когнитивная терапия эффективно снижает чувство страха, депрессии и тревожности (Frank, Turner, & Duffy, 1979; Frank & Stewart, 1983b; Resick, Jordan, Girelli, Hutter, & Marhoefer-Dvorak, 1988; Turner & Frank, 1981). В одном из исследований (Frank et al., 1988) когнитивная психотерапия сравнивается с десенсибилизацией; при этом отмечаются равноценные психотерапевтические эффекты. Однако отсутствие адекватных контрольных групп налагает ограничения в отношении выводов об эффективности когнитивной психотерапии.

Интегративный подход

Многие авторы полагают, что при лечении посттравматического синдрома необходимы определенные формы осознавания травматических переживаний, чтобы предотвратить реакции избегания и обеспечить десенсибилизацию (см. Fairbank & Brown, 1987a; Fairbank & Nicholson, 1987). Однако, как уже отмечалось выше, сочетание когнитивного подхода с прямым психотерапевтическим воздействием (ПТВ) может быть более эффективным, чем применение только лишь одного ПТВ, в особенности в случае лечении фобии (см. Rachman, 1978). На основе этих публикаций можно сделать вывод о существовании значительного сходства между лечением фобий и посттравматического синдрома (Fairbank & Brown, 1987a; Kuch, 1987). В свете этих наблюдений ДПДГ была разработана как техника, особенно помогающая в интеграции новых, желаемых форм высказывания, относящихся к себе (Я-высказывания) и в то же время способствующая быстрой десенсибилизации травматических ассоциаций. В этой парадигме когнитивная переоценка события, воспринимавшегося как травматическое, включает в себя нахождение нового значения события с уменьшением неадекватного чувства собственной вины (Janoff-Bulman, 1985), что является важным аспектом ДПДГ-психотерапии при лечении травм. В недавнем исследовании, когда клиенты подвергались воздействию вновь вызываемых травматических воспоминаний с одновременной регистрацией физиологических изме-

нений (Wilson et al., 1995), отмечается, что десенсибилизация (и когнитивное переструктурирование), наблюдаемые при использовании ДПДГ, могут вызываться естественными механизмами реакции релаксации. Такая реакция совмещает глубокую релаксацию с тревожностью (вызывая при этом переобусловливание) таким способом, который подобен систематической десенсибилизации, но является более быстрым и вызывает менее продолжительный дистресс, чем при использовании прямого психотерапевтического воздействия. С ДПДГ также связан быстрый способ интеграции клиентом новой информации, умения справляться со своим недугом и форм поведения, предлагаемых психотерапевтом.

Движения глаз

Клинические наблюдения показали, что подобный процесс переработки может происходить при использовании не только движений глаз, как в случае ДПДГ, но и с помощью других внешних раздражителей, таких как постукивание по ладони пациента, вспышки света или слуховые раздражители (Shapiro, 1993). Начиная с 1990 года мы инструктируем психотерапевтов, проходящих обучение технике ДПДГ, что они могут использовать постукивание по ладони или слуховые раздражители как альтернативу направляемым движениям глаз. Возможно, дальнейшие исследования покажут, что движения глаз имеют поистине уникальный статус как стимул, являющийся одновременно как внутренним, так и зримым физиологическим проявлением некоторых видов когнитивной переработки. Кроме спонтанно возникающих быстрых движений глаз, воздействие которых на беспокоящие мысли я наблюдала при открытии ДПДГ (Shapiro, 1989a), существуют также непроизвольные ритмические движения глаз, называемые нистагмом, которые отмечались во время психотерапии при концентрации пациентами внимания (Teitelbaum, 1954), представляющие собой наглядное взаимоотношение между движениями глаз, вниманием и состоянием тревожности (Day, 1964). Есть также сообщения о связи между движениями глаз и разрешением проблем (Amadeo & Shagass, 1963; Antrobus & Singer, 1964). Кроме того, существуют широкомасштабные исследования взаимосвязи движений глаз с когнитивными процессами и с функционированием коры мозга (Gale & Johnson, 1982; Leight & Zee, 1983; Monty, Fisher & Senders, 1978; Monty & Senders, 1976; Ringo, Sobotka, Diltz, & Bruce, 1994).

Хотя первоначально техника ДПДГ не имела под собой никакой теоретической основы, в дальнейшем появилась возможность установить связь между эффектами ДПДГ и такими же эффектами при стадии сна, сопровождающейся быстрыми движениями глаз (БДГ) (Neilsen, 1991; Shapiro, 1989a, 1989b). Эта стадия сна получила название БДГ-сна — от происходящих в это время быстрых движений глаз. Субъект, разбуженный в этой фазе сна, обычно сообщает о том, что у него в это время происходят сновидения (Aserinsky & Kleitman, 1953). Ряд исследователей отмечают, что на стадии сна с быстрыми движениями глаз происходит переработка информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами и проблемами выживания (Gabel, 1987; Greenberg, Katz, Scwartz, & Pearlman, 1992; Winson, 1990, 1993). Доказательством этому может служить тот факт, что пациенты с посттравматическим синдромом пытаются в большей мере использовать фазу БДГ-сна, чем это обычно делают нормальные субъекты (Ross et al., 1994).

Наблюдения, указывающие на то, что иные раздражители, такие как ритмические хлопки ладонями или намеренная фиксация взгляда, могут приводить к активированию предполагаемого механизма переработки информации, ни в коей мере не подрывают гипотезу ДПДГ/БДГ. Понятно, что тело во время сна не способно издавать слуховые раздражители, так же как не способно на другие формы сосредоточенного внимания, и в бодрствующем состоянии у психотерапевта есть больше возможностей для активизации такой переработки информации. Более того, независимые исследования поведения во время сна привели к результатам, поддерживающим гипотезу ДПДГ/БДГ. В то время как в более ранних исследованиях предполагалось, что БДГ-паттерны могут быть связаны со сканированием сцены сновидения, недавние исследования (Hong, Gillin, Callaghan, & Potkin, 1992) отмечают, что количество БДГ связано с интенсивностью эмоционального состояния. Кроме того, связь между БДГ (и, следовательно, движениями глаз) и когнитивными процессами подтверждается рядом исследований (Karni, Tanne, Rubenstein, Askenasi, & Sagi, 1992; Mandai, Guerrien, Sockeel, Dujardin, & Leconte, 1989; Tilly & Empson, 1978), показывающих связь между обучением новому материалу и непрерывными БДГ. Так, например, если субъект обучается каким-то новым для себя умениям, они не могут быть хорошо усвоены в том случае, если БДГ-сон прерван. В дополнение к моим более ранним предположениям (Shapiro, 1989a, 1989b) о том, что движения глаз могут оказывать тормозящее действие на стресс (и, наоборот, сильно выраженный стресс может тормозить движения глаз), эта идея поддерживается выводами других исследователей о том, что нарушенный БДГ-сон является основным признаком посттравматического синдрома (Ross et al., 1990). Так, вместо полного прохождения во время сна через травматический опыт, связанный с участием в боевых действиях, ветераны войны во Вьетнаме, страдающие посттравматическим синдромом, обычно пробуждаются во время очередного ночного кошмара.

Возможно, движения глаз, возникающие во время БДГ-сна, являются признаком сопутствующих им когнитивных процессов, а не их причиной. И наоборот, произвольно вызываемые движения глаз могут стимулировать связанные с ними функции коры головного мозга, приводя таким образом обратно к когнитивными процессам. Однако важно понять, что гипотеза ДПДГ/БДГ является лишь предположением и необязательно должна соотноситься с наблюдаемыми психотерапевтическими результатами.

Сложность метода

Определенная спорность и сопротивление в восприятии клинических сообщений об эффективности ДПДГ могут быть связаны с ошибочной точкой зрения, что эта форма психотерапии является лишь упрощенной техникой поведенческого подхода. Однако, как подробно рассматривается в данной книге, ДПДГ содержит много других компонентов помимо движений глаз. В действительности это достаточно сложное психотерапевтическое воздействие на все аспекты памяти и дисфункциональности, приводящее к генерализации позитивных эффектов. Каждый сеанс ДПДГ-психотерапии включает в себя работу с отрицательным и положительным самопредставлением, соматическим проявлениями, проблемами самоконтроля и самоуважения, а также многое другое. Компоненты техники ДПДГ воплощены в клиническом подходе, в определении границ участия клиента в процессе, в протоколах процедур и в самих процеду-

рах. Как будет показано в главе 12, сосредоточение исследований только лишь на направляемых движениях глаз является упрощением техники ДПДГ и ее редуцированием.

Фактически даже без использования движений глаз техника ДПДГ показала себя эффективным и хорошо структурированным подходом, приносящим явную психотерапевтическую пользу. Важно понять, что ДПДГ представляет собой сложную методологию, в которой важны все компоненты (использование негативных и позитивных представлений, шкалы субъективных единиц беспокойства и шкалы соответствия представлений, и т.п.), так же как восемь фаз психотерапии. Хотя несомненная эффективность движений глаз стала важным вкладом в развитие ДПДГ, каждый из компонентов этой техники развивался и оттачивался на протяжении определенного времени для достижения максимальной психотерапевтической эффективности. Психотерапевты, пытающиеся использовать упрощенные версии этой техники или применять ее без соответствующего руководства, оказывают этим плохую услугу и ДПДГ, и клиентам, которые зависят от нас и нуждаются в квалифицированной помощи. Те же самые предостережения относятся к исследователям.

Итоги и выводы

Возникновение техники ДПДГ, первоначально носившей название ДДГ, было связано с моим наблюдением десенсибилизирующего воздействия спонтанно повторяющихся движений глаз на неприятные мысли. Использование направляемых движений глаз в группе из семи добровольцев с жалобами непатологического характера показало эффективность техники ДПДГ в снижении тревожности. В дальнейшем процедура была усовершенствована и эффективно использовалась в клинической практике. Экспериментальное исследование, результаты которого были опубликованы в “Журнале травматического стресса” в 1989 году, проводившееся в группе из 22 субъектов, страдающих от симптомов посттравматического синдрома, позволило отметить, что процедура ДПДГ была весьма полезной для десенсибилизации, когнитивного переструктурирования и устранения выраженного вторжения травматических воспоминаний.

Когда стало очевидно, что процедура связана не только с терапевтическим эффектом одной лишь десенсибилизации, а задействует механизм переработки информации, название техники было изменено с ДДГ на ДПДГ. Интегративная модель ускоренной переработки информации делала упор на имеющую физиологическую основу методологию, стимулирующую предполагаемую способность к самоисцелению, обеспечиваемую врожденной информационно-перерабатывающей системой. Ранние воспоминания можно считать первичной основой многих существующих в настоящее время патологий, и эффект ДПДГ можно наблюдать в быстром устранении воздействия этих воспоминаний и изменении клинической картины.

2. УСКОРЕННАЯ ПЕРЕРАБОТКА ИНФОРМАЦИИ. РАБОЧАЯ ГИПОТЕЗА МОДЕЛИ ПРОЦЕССА

Если законы математики соотносятся с
реальностью, они не точны; если они точны,
они не соотносятся с реальностью.

Альберт Эйнштейн

В данной главе я опишу свою модель ускоренной переработки информации, что поможет уяснить, как именно работает техника ДПДГ.

Фрагмент стенограммы реального психотерапевтического сеанса послужит иллюстрацией некоторых существенных моментов модели. Кроме того, в данной главе содержится обзор типов психопатологии, а также разнообразных форм клинического применения техники ДПДГ и объяснение ее интегративной природы.

В главе подробно освещается модель процесса переработки информации, объясняющая использование техники ДПДГ, однако важно понять, что *эта модель предлагается только как рабочая гипотеза,* которая может быть изменена на основе будущих клинических и лабораторных наблюдений. Хотя наша модель и применима в клинической практике, она использует терминологию нейрофизиологической переработки информации, введенную Боуэром (Bower, 1981) и Лэнгом (Lang, 1979). Кроме того, я использую здесь психофизиологические понятия, употребляя такие термины, как *нейрофизиологические сети* или нейросети*. Словосочетание “нейрофизиологические сети” указывает на то значение, в котором термин *нейросети* используется в настоящее время нейропсихологами и дополнительно расширяет содержание этого термина до уровня когнитивно-эмоциональной переработки информации. Использование термина, не имеющего, в сущности, точной нейрофизиологической корреляции, подчеркивает: фактическая эффективность ДПДГ основана отнюдь не на том, истинна предлагаемая нами модель или нет. Мы должны помнить, что физиология мозга пока еще изучена недостаточно, для того чтобы на этом основании судить об адекватности предлагаемой модели. Однако эта модель была разработана вовсе не для того, чтобы противоречить тому, что считается истинным. Ее цель — объяснить наблюдаемый психотерапевтический эффект ДПДГ и послужить своего рода клинической картой при лечении широкого диапазона патологий.

Переработка информации

Хотя ДПДГ является конкретной психотерапевтической техникой, идея ускоренной переработки информации (Shapiro, 1993, 1994c) представляет общую теоретическую модель, в соответствии с принципами которой действует эта техника. Совокупность психотерапевтических подходов, связанных с ускоренной переработкой информации, включает в себя ДПДГ как одну из таких техник, сочетающую принципы, процедуры и протоколы, применимые для большого количества различных патологий. В рамках психотерапевтического подхода, связанного с идеей ускоренной переработки информации, могут быть созданы и другие техники со своими собственными протоколами и процедурами.

Известны, например, некоторые формы электрической стимуляции (Schmitt, Capo, & Boyd, 1986) и техника “фотовозбуждения” (Ochs, 1993), которая дает неплохие результаты.

Модель ускоренной переработки информации вполне согласуется с ранними открытиями З. Фрейда (1919/1955), а также И. Павлова (1927), относящимися к тем процессам, которые сегодня называют переработкой информации. Имеется в виду некий нейрологический баланс в отдельной физиологический системе, обеспечивающий переработку информации до достижения “адаптивного положительного разрешения”. Под адаптивным положительным разрешением я понимаю возникновение адекватных ассоциативных связей и конструктивное использование индивидом приобретенного опыта с последующим интегрированием его в положительные эмоциональные и когнитивные схемы. В сущности, памятью усваивается и сохраняется на фоне адекватных эмоций лишь то, что полезно и что окажется пригодным для использования в будущем. Давайте предположим, что с нами произошло что-то неприятное — например, возникла какая-то унизительная ситуация на работе — и мы обеспокоены этим. Мы думаем о происшедшем, говорим об этом, нам это снится. Спустя некоторое время беспокойство снижается, и наш опыт может быть использован адекватным образом как информация, направляющая будущие действия. Так мы узнаем нечто о себе самих и других людях, начинаем лучше понимать происходившее и приобретаем возможность более эффективно справляться с подобными ситуациями в будущем.

Когда человек испытывает психологическую травму, это проявляется в форме нарушения равновесия в нервной системе, что вызывается, вероятно, изменениями в обмене нейромедиаторов, в содержании адреналина и т.п. По причине такого нарушения равновесия нервная система утрачивает способность оптимального функционирования, а информация, получаемая в момент события, включающая образы, звуки, аффекты и физические ощущения, сохраняется в нервной системе в искаженном состоянии. Первоначальный материал, накапливаемый в такой дистрессовой, обусловленной состоянием возбуждения форме, может активизироваться под воздействием различных внешних и внутренних раздражителей и проявляться в форме ночных кошмаров, тягостных воспоминаний и навязчивых мыслей — т.е. симптомов посттравматического синдрома.

Наша гипотеза состоит в том, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают психологический процесс, активизирующий информационно-перерабатывающую систему. Можно предположить существование различных механизмов, с помощью которых происходит такая активация и стимулирование процесса переработки, например:

1) активизация и стимулирование процесса переработки информации при двойной фокусировке внимания клиента, когда он уделяет внимание одновременно как актуальному раздражителю, так и прошлой травме;

2) дифференциальный эффект “нейронного взрыва”, вызываемый различными раздражителями, которые можно рассматривать как аналоги электрического тока низкого напряжения, непосредственно воздействующими на синаптические потенциалы (Barrionuevo, Schottler, & Lynch, 1980; Larson & Lynch, 1989);

3) разобусловливание, вызываемое реакцией релаксации (Shapiro, 1989a, 1989b; Wilson et al., 1995).

Во время процедуры ДПДГ, когда клиенту предлагается вызвать травматическое воспоминание, мы устанавливаем связь между сознанием и участком мозга,

в котором хранится информация о травме. Движения глаз (либо другие альтернативные раздражители) активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие. С каждой новой серией движений глаз травматическая информация перемещается — причем, ускоренным образом — дальше по соответствующим нейрофизиологическим путям, пока не достигается положительное разрешение этой информации. Так, например, это положительное разрешение может возникнуть, когда травматическая информация, хранившаяся прежде изолированно, вступает в соприкосновение с недавно приобретенной адаптивной информацией (типа утверждения “Я не виновата, что мой отец изнасиловал меня”). Одно из ключевых предположений в ДПДГ состоит в том, что активация переработки травматических воспоминаний будет естественным образом направлять эти воспоминания к адаптивной информации, необходимой для положительного разрешения.

Модели ускоренной переработки информации свойственна идея о психологическом самоисцелении. Эта идея основана на аналогии с самоисцеляющей реакцией тела при физической травме. Так, например, если вы порежете себе руку, то силы организма будут направлена на то, чтобы рана зажила. Если нечто препятствует такому исцелению — какой-либо внешний объект или повторная травма, — рана начинает гноиться и вызывает боль. Если устранить препятствие, исцеление будет завершено. Подобная последовательность событий, судя по всему, свойственна и психическим процессам. Естественная тенденция информационно-перерабатывающей системы мозга состоит в движении к состоянию душевного здоровья. Однако если эта система заблокирована или же ее равновесие нарушается под влиянием травмы, можно наблюдать дезадаптивные реакции. Подобные реакции могут вызываться либо какими-то актуальными раздражителями, либо попытками информационно-перерабатывающего механизма достичь положительного разрешения травматического материала. Например, жертва изнасилования может продолжать автоматически обращаться к сцене изнасилования в своих попытках достичь положительного разрешения и завершить процесс переработки информации (Horowitz, 1979). Если заблокированность системы устраняется, переработка информации возобновляется, приводя травматическую информацию к состоянию положительного разрешения и функциональной интеграции. Такое разрешение проявляется в виде изменений в образах, в аффекте и самопредставлении, связанных у клиента с травматическим событием. Говоря метафорически, мы можем рассматривать механизм переработки как процесс своего рода “переваривания”, или “метаболизма”, информации, чтобы она могла быть использована для исцеления и улучшения качества жизни клиента.

Я предполагаю, что информационно-перерабатывающая система становится адаптивной, когда пережившие травму пациенты с негативным самопредставлением в отношении травматического события и его последствий начинают подвергаться воздействию ДПДГ-психотерапии и происходит активация системы, а клиенты восстанавливают чувство собственного достоинства. Противоположного хода событий мне не приходилось наблюдать ни разу. Таким образом, можно считать, что ДПДГ-психотерапия способствует ускоренному достижению клиентом здоровья (позитивных эмоций и повышенного самоуважения) и освобождению от дисфункциональности (неадекватного чувства вины и отвращения к себе). Представление об активации адаптивного информационно-перерабатывающего механизма является центральным в ДПДГ-психотерапии и

принципиально важно в применении этой техники к разнообразным психическим расстройствам.

Альтернативные стимулы

Как уже отмечалось, помимо движений глаз существуют и другие стимулы, способные активировать информационно-перерабатывающую систему. Так, например, постукивание клиента по ладони или повторяющиеся звуковые раздражители, намекающие на травматическую ситуацию, также могут быть весьма действенными (Shapiro, 1994b). Хотя еще не вполне ясно, являются ли такие раздражители столь же эффективными, как и движения глаз, возможность их использования не стоит исключать, так как уже упоминавшаяся гипотеза двойной фокусировки внимания, быть может, является наиболее подходящим и применимым на практике объяснением эффекта ДПДГ. В частности, механизм переработки информации может активироваться актом концентрации на необходимости продолжать движения глаз (либо сосредоточением внимания на постукивании по ладони или на звуках, намекающих на травматические воспоминания), т.е. самим фактом сосредоточения внимания на раздражителе. Одновременное сосредоточение на травматических воспоминаниях может понуждать активированную систему к переработке накопленного дисфункционального материала. С другой стороны, если нервно-электрическая стимуляция, вызываемая движениями глаз, активирует информационно-перерабатывающую систему, то можно рассчитывать на то, что и другие ритмические движения или иные формы повторяющейся стимуляции могут иметь такой же эффект.

Известны факты, когда психотерапевты добивались положительных результатов лечения при использовании в некоторых случаях не движений глаз, а иных, альтернативных раздражителей. Эти альтернативные раздражители мы опишем более подробно в главе 3, а результаты их исследования рассмотрим в главе 12.

Независимо от того, каким в действительности является механизм, создающий эффект ДПДГ, именно активация информационно-перерабатывающей системы приводит к достижению психотерапевтического эффекта. Поэтому, хотя выражение *“серии движений глаз”* неоднократно используется в этой книге, с таким же успехом можно было бы говорить о любых других эффективных стимулах.

Сети памяти

Гипотеза о присущей мозгу системе переработки информации приводит нас к идее о существовании сетей памяти. Говоря упрощенно, сети памяти представляют собой ассоциативную систему хранения информации. Никто не знает, что в действительности представляют собой сети памяти, но мы можем изобразить их символически в виде ряда каналов, где родственные воспоминания, мысли, образы, эмоции и ощущения сохраняются и связываются друг с другом.

Теоретически ДПДГ-психотерапию можно объяснить как продвижение через сети памяти, конфигурация которых показана на рис. 5.

Рис. 5. Графическое представление продвижения во время ДПДГ-психотерапии через сеть памяти

При использовании техники ДПДГ мы предлагаем клиенту сосредоточиться на цели, являющейся специфическим образом из памяти или из сновидения; тем или иным человеком; действительным, воображаемым или проецируемым событием или же некоторыми аспектами переживания, — например, ощущениями в теле или специфическими мыслями. В модели ускоренной переработки информации такая цель называется "узловой точкой", так как она является своего рода центром притяжения, вокруг которого вращается психологически связанный с этим центром материал. Так, например, если жалобой клиентки является ее реакция на руководителя, психотерапевт может избрать в качестве цели лицо шефа, которое можно считать такой смысловой узловой точкой, потому что с ней связана целая совокупность переживаний. Если клиентка будет реагировать на цель с чрезмерным гневом или с чувством тревожности — это верный признак того, что происходит установление ассоциативной связи. Ассоциации могут включать в себя те или иные переживания, связанные с образом шефа или с образами других авторитетных лиц, например отца клиентки. В этом случае, если цель психотерапии состоит в том, чтобы клиентка могла спокойно реагировать на цель, необходимо "очистить" каждый из каналов с помощью переработки всего дисфункционально накопленного материала, связанного с узловой точкой. Переработка происходит во время каждой серии движений глаз (или иных раздражителей), и мы рассматриваем каждую из прогрессивных стадий переработки как некое "плато", т.е. плоскость, где образы, мысли и эмоции завершают свои преобразования в процессе своего движения к все большей степени психотерапевтического разрешения.

Пример сеанса ДПДГ

Чтобы проиллюстрировать понятия, лежащие в основе ДПДГ, рассмотрим стенографическую запись фрагмента реального психотерапевтического сеанса. Клиент — ветеран войны во Вьетнаме, который уже проходил лечение в связи с различными травматическими переживаниями, связанными с войной. Жалобы клиента отражали умеренные симптомы посттравматического синдрома, возникшие после участия в войне и сохраняющиеся, несмотря на многолетнее лечение и периодическое пребывание в стационаре. Во время четырех предшествовавших сеансов ДПДГ клиент переработал свои травматические воспоминания и его навязчивые мысли ослабели. Жалобы клиента на этом сеансе состояли в негативной реакции на некомпетентного сотрудника.

Хотя такая вещь, как некомпетентность сотрудников, неприятна для всех, данный клиент на протяжении достаточно долгого времени реагировал на некомпетентность сотрудника с таким гневом и беспокойством, что утратил способность работать с этим человеком. Он пытался справиться со своим гневом и фрустрацией в течение нескольких недель, после чего обратился за психологической помощью, так как в связи с совместной работой над проектом у него не было возможности уклониться от общения. Так как сама мысль о коллеге стала для клиента источником дискомфорта, в качестве цели был избран именно этот сотрудник, а не какие-либо другие виды взаимодействия клиента. Как будет

видно из дальнейшего описания, клиническая работа проводилась с использованием серий движений глаз для переработки информации, вызывавшей дистресс.

Во-первых, психотерапевт предложила клиенту представить лицо некомпетентного сотрудника и ощутить возникающую при этом тревожность. Затем было предложено оценить возникавшие отрицательные чувства по Шкале субъективных единиц беспокойства, где 0 соответствует нейтральному чувству покоя, а 10 — наибольшей степени беспокойства, которое только можно представить. Затем были начаты серии движений глаз, при которых клиент визуально следил за ритмическими движениями пальца психотерапевта. (Подробные инструкции о том, как это делается, даются в главе 3.) Между сериями движений глаз проводилась проверка состояния клиента, которому задавались вопросы о новой информации, всплывающей в ходе сеанса. Психотерапевт оценивала новую информацию, появляющуюся после каждой серии движений глаз, стараясь определить, перерабатывает ли клиент травматическую информацию и достигает ли он более адаптивного состояния.

В конце каждой серии движений глаз психотерапевт подкрепляла клиента словом “хорошо”. Затем клиенту предлагалось стереть последний образ, находившийся в его сознании, и задавался вопрос: “Что вы чувствуете сейчас?” Клиент сообщал о преобладающих мыслях, эмоциях (по степени их интенсивности), чувствах или образах, чтобы у психотерапевта была возможность получать информацию об изменениях в его состоянии. На основе полученной информации внимание клиента направлялось либо к первоначальной цели, либо к новой, проявившейся информации. На рис. 6 показана “узловая точка” нервной сети (“некомпетентный сотрудник”) с ассоциативными каналами информации, проявившимися по мере последовательных ответных реакций клиента. Первое название в каждом из столбцов (“Основная тревожность”, “Комичность”) отражает первоначальную реакцию клиента при его сосредоточении на цели, а приведенные ниже слова являются ассоциациями, возникшими после каждой новой серии движений глаз. Рисунок отражает только одну стадию (десенсибилизация) психотерапевтического сеанса.

Фрагмент стенограммы сеанса ДПДГ

Клиента зовут Эрик, ему 39 лет, он программист.

Психотерапевт: Давайте начнем с того, что вы представите себе лицо человека, которого считаете некомпетентным сотрудником. Смотрите на это лицо и ощущайте, насколько он некомпетентен. Как бы вы оценили его некомпетентность, от 0 до 10 баллов?

Эрик: Семь баллов.

[Клиент представляет себе лицо сотрудника и дает первоначальную оценку его некомпетентности в семь баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства.]

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом чувстве и следите глазами за моим пальцем (*клиент под руководством психотерапевта совершает серию движений глаз*). Хорошо. А сейчас не думайте об этом; сделайте вдох и выдох. Что вы чувствуете сейчас?

Эрик: Я не знаю. Мне кажется, я чувствую себя немного лучше. Перед тем как прийти сюда, я прорабатывал некоторые вещи, и наконец сегодня осознал на интеллектуальном уровне... Это же работа... знаете, я не укладываюсь в расписание, другие люди недовольны, но... всегда ведь так бывает... Я имею в виду, что в компьютерном бизнесе кто-то всегда опаздывает. Так я начал устанавливать некоторые связи со всем этим...

[Это первый канал информации, открывшийся при ДПДГ-сеансе. Затем психотерапевт решает вернуться к первоначальной цели.]

Психотерапевт: Хорошо. Если вы снова вспомните лицо сотрудника, как бы вы сейчас определили степень его некомпетентности, от 0 до 10 баллов?

Эрик: Я думаю, пять баллов.

Психотерапевт: Удерживайте этот образ (*проводит для клиента очередную серию движений глаз*). Хорошо. А сейчас забудьте об этом, сделайте вдох и выдох. Что происходит теперь?

[Как мы увидим, новый канал открылся именно потому, что клиент возвратился в первоначальной цели. Второй канал указывает на цепочку ассоциативного материала, связанного идеей "личного принятия".]

Эрик: Я понял, что моя фрустрированность отчасти связана со сложными отношениями с шефом, который не в состоянии оценить способности других людей. Думаю, что я чувствую все это немного лучше, чем другие. Но, мне кажется, всем нужно было бы понять это. И до тех пор пока мой шеф не признает мои способности, я снова и снова буду возвращаться к потребности в чувстве собственной компетентности, так же как и к потребности в том, чтобы другие люди признавали мою компетентность.

Психотерапевт: Думайте обо всем этом *(проводит следующую серию движений глаз)*. Хорошо. А теперь забудьте обо всем этом, сделайте вдох и выдох. Как бы вы оценили то, что сейчас чувствуете?

Эрик: Наверное, четыре или три балла. Постепенно ко мне приходит осознание, что мне не так уж необходимо принятие со стороны других людей. Меня ведь и так принимают те, кто значим для меня. Но мой шеф тоже один из этих значимых людей, а с его стороны принятия я как раз не ощущаю. Хотя это, в сущности, его проблема, а не моя (*смеется*).

[В этот момент у психотерапевта, использующего традиционные подходы, может появиться искушение начать дискуссию с клиентом о том, как помочь ему изменить его систему отношений. Однако в случае ДПДГ это противопоказано. Психотерапевту необходимо предложить клиенту удерживать в сознании все то, что он сейчас сказал, а затем провести для него еще одну серию движений глаз, чтобы стимулировать дальнейшую переработку. После этого клиент предложит новую версию того, что с ним происходит. Как мы увидим, клиент

при этом достигнет нового “плато” и информация приобретет более адаптивную форму.]

Психотерапевт: Хорошо. Думайте об этом (*проводит для клиента очередную серию движений глаз*). Хорошо. А сейчас забудьте об этом, сделайте вдох и выдох. Что с вами происходит?

Эрик: Полагаю, с меня достаточно его принятия. Больше мне не нужно. Я понимаю, что я сейчас нужен шефу, так что без работы не останусь. Меня это устраивает.

Психотерапевт: Хорошо. Думайте об этом (*проводит для клиента очередную серию движений глаз).* А теперь забудьте обо всем и глубоко дышите. Что вы чувствуете сейчас?

Эрик: Мне кажется... что через пару месяцев ослабеет давление всей этой ситуации, связанной с работой над завершением проекта, и он ясно увидит...

Психотерапевт: Хорошо. Удерживайте все это в сознании (*проводит для клиента очередную серию движений глаз)*. Хорошо. А теперь забудьте обо всем, сделайте вдох и выдох. Что с вами происходит?

Эрик: Примерно то же самое.

[Когда клиент не отмечает никаких изменений, чувствуя себя при этом относительно комфортно, психотерапевт может сделать вывод, что пациент полностью “прочистил” этот второй канал и что необходимо снова вернуть его к первоначальной цели.]

Психотерапевт: Хорошо. А что происходит, если вы снова возвращаетесь к образу человека, которого вы воспринимаете как некомпетентного? Что вы чувствуете сейчас?

Эрик: Он беспокоит меня. Я знаю, что в будущем я снова могу испытывать фрустрацию из-за этого лица, но думаю, что она уже будет не столь сильна.

[Отметим, что, хотя уровень тревожности у клиента понизился, она полностью не исчезла. На протяжении следующей серии движений глаз процесс переработки стимулировал информацию, ассоциативно скрытую в третьем канале. Здесь мы обнаруживаем влияние травматического материала, связанного с войной во Вьетнаме: если во Вьетнаме кто-либо оказывался некомпетентным, то это означало, что таким людям предстояло погибнуть.]

Психотерапевт: А теперь снова представьте себе его лицо и почувствуйте некомпетентность (*проводит для клиента очередную серию движений глаз*). Хорошо. А сейчас забудьте обо всем этом, сделайте вдох и выдох. Что вы чувствуете?

Эрик: Я понял, что в этом случае ставки, в общем-то, не столь уж высоки. Я понимаю, что я прав, а он просто некомпетентен в этой области, пытается лезть не в свое дело и все портит... (*смеется*). Я думаю, что на все это можно посмотреть с другой стороны...

Психотерапевт: Действительно, вы правы. Удерживайте это в сознании (*проводит очередную серию движений глаз*). Хорошо. А теперь забудьте обо всем этом, сделайте вдох и выдох. Что вы сейчас чувствуете?

Эрик: О, так приятно знать... так приятно думать, что ставки, в сущности, не так уж высоки и что все эти отношения подобны нескольким соединенным ме-

жду собой компьютерам... и что в результате всего этого никто не умрет от того, что ты не можешь взглянуть на происходящее с другой стороны...

Психотерапевт: Вернитесь обратно к этой картине. Что вы чувствуете?

Эрик: Комичность всего этого!

[Так как два предыдущих типа реакции были одинаковыми и клиент чувствовал себя относительно комфортно, то и третий канал можно было считать очищенным. После этого снова вызывалась первоначальная цель. Теперь становится очевидным, что реакция клиента на некомпетентного сотрудника стала совсем другой. Только после освобождения от психологического давления травматического опыта, связанного с Вьетнамом, клиент начал реагировать на происходящее более спокойно.]

Психотерапевт: Да.

Эрик: Я понял, что этот сотрудник в общем-то отличный парень. Очень способный. И когда я смотрю на ошибки, которые он делает, то они мне кажутся забавными и смешными — все мы вначале делали такие ошибки, пытаясь выполнять подобную работу. Вы же знаете, как это бывает, когда возникает проблема и ты решаешь небольшую ее часть. Проблема может быть огромной, но ты смело копаешь: "Проблема огромна? Ничего, сумею!", потому что на самом деле ты увидел только кусочек ее (*смеется*). И так как ты очень воодушевился, обнаружив этот кусочек, то решаешь, что это и есть вся проблема... Другие люди могут видеть все это так же ясно, и часто им удается справляться с подобными вещами лучше. Все это довольно забавно... Вы же знаете: "Чего ты хочешь от него на его уровне?". Просто другие легче это переносят, но все это понимают, а когда человек считает, что он может разрешить все на свете проблемы — это своего рода хитрость и обман самого себя.

Психотерапевт: Хорошо. Думайте об этом (*проводит для клиента очередную серию движений глаз*). А теперь сотрите все это, сделайте вдох и выдох. Что вы сейчас чувствуете?

Эрик: Примерно то же самое.

Психотерапевт: Прекрасно.

Эрик: Да, я чувствую себя хорошо. Оказывается, это так приятно — не испытывать больше досады, не испытывать гнева, как было у меня на прошлой неделе. Тогда все навалилось на меня, и я ощущал свое полное бессилие. Пытался выкарабкаться, но не мог.

Оценка приведенного примера сеанса ДПДГ

Завершающее чувство понимания и собственной дееспособности, проявившееся у клиента во время описанного выше сеанса, является признаком успешности ДПДГ-психотерапии. Однако такой беспрепятственный и не очень сложный процесс переработки информации (т.е. процесс, в котором не было необходимости дополнительного вмешательства психотерапевта и руководства с его стороны) бывает при ДПДГ-психотерапии лишь примерно в половине случаев. В остальных случаях движений глаз оказывается недостаточно для переработки информации, и процесс приостанавливается, требуя от психотерапевта вмешательства на определенных его стадиях, так как в противном случае существует риск повторной травматизации клиента беспокоящей информацией с высоким

отрицательным эмоциональным зарядом. Альтернативные подходы для разблокирования процесса переработки информации становятся особенно важными, когда ДПДГ применяется при работе с клиентами, уровень тревожности которых очень высок (подробнее об этом см. в главах 7 и 10).

Возможные ассоциации клиента трудно предсказать в полной мере. Например, если Эрику довелось наблюдать смерть своего друга во время войны во Вьетнаме, который погиб за некомпетентности другого человека, то у него могло начаться интенсивное отреагирование или же повторное проживание травматического опыта. Следовательно, психотерапевты должны приобрести опыт наблюдения за проявлением травматического материала, обладающего сильным эмоциональным зарядом, и только после этого применять ДПДГ в работе с клиентом. Если опыта работы с эмоциональным отреагированием недостаточно, необходима особая осторожность. Более того, техника ДПДГ должна использоваться в клинически безопасной обстановке, с достаточным запасом времени, уделяемом клиенту, как для полной переработки травматического события, так и для возвращения клиента в состояние душевного равновесия. Мы не можем заранее знать, содержит ли тот или иной канал информации диссоциативный материал, который может проявиться в полной мере, когда будет происходить процесс ДПДГ. Психотерапевт должен быть готов к тому, что состояние тревожности у клиента может вначале даже ухудшиться, а улучшение произойдет лишь потом, спустя некоторое время.

От дисфункциональности к функциональности

От психотерапевтов, прошедших обучение ДПДГ, мы получаем примерно одинаковые сообщения о том, что во время сеансов ДПДГ негативные образы, состояния и отрицательные самопредставления становятся более рассеянными и их значимость уменьшается, в то время как позитивные образы, состояния и, соответственно, положительное самопредставление становятся более яркими и значимыми. Хорошей метафорой, уместной для использования в подобных случаях, может служить образ поезда. Первоначально информация начинает проявляться в дисфункциональной форме. По мере того как происходит стимулирование переработки информации, она движется подобно поезду по рельсам. При ускорении переработки информации, происходящем во время каждой серии движений глаз, поезд как бы преодолевает еще один перегон. На каждом “плато” или остановке часть дисфункциональной информации отбрасывается и прибавляется более адаптивная (или, по крайней мере, менее проблематичная) информация, подобно тому как на каждой остановке одни пассажиры выходят, а другие заходят. В конце ДПДГ-психотерапии избранная в качестве цели информация полностью перерабатывается и клиент достигает адаптивного разрешения. Говоря метафорически, поезд достигает конечного пункта своего маршрута.

Психотерапевтам необходимо помнить, что, до тех пор пока процесс переработки не завершен полностью, высказывания клиента по поводу избранного в качестве цели материала будут не вполне функциональны. Эти высказывания просто описывают наличное “плато” состояния или же указывают на степень переработки травматического материала. При этом у психотерапевта может возникнуть соблазн вербально воздействовать на клиента или попытаться ис-

пользовать когнитивное переструктурирование. Это было бы ошибкой, которую можно сравнить с предложением клиенту сойти с поезда на какой-то промежуточной (и совершенно не входящей в планы клиента) остановке. Поскольку в технике ДПДГ делается упор на самоисцеление, любые преждевременные попытки психотерапевта вмешаться в процесс могут лишь замедлить или даже вообще приостановить переработку информации. Когда происходит движение от одного информационного "плато" к следующей серии движений глаз, психотерапевт должен побуждать клиента (в той мере, в какой это будет возможно) к сосредоточению на своем предыдущем высказывании, а не повторять его самому. Клиент знает, о чем он ведет речь. Говоря метафорически, когда мы открываем информационно-перерабатывающую систему, мы как бы позволяем поезду начать движение по своему маршруту. Задача же психотерапевта состоит в том, чтобы освободить рельсы.

Раздельные нейросети

Наша рабочая гипотеза состоит в том, что симптомы посттравматического синдрома вызываются беспокоящей информацией, накопленной в нервной системе. Эта информация запечатлена в той же форме, в какой она была впервые воспринята и пережита, так как информационно-перерабатывающая система, которая должна была бы "переварить" эту информацию, по тем или иным причинам оказалась заблокированной. Поэтому жертвы изнасилования могут продолжать испытывать страх, видеть лицо насильника, чувствовать его руки на своем теле даже многие годы спустя — все это происходит настолько ярко, как будто нападение переживается именно в данный момент. Вследствие этого информация как бы "замораживается", застывает на долгое время, изолируется в занимаемой ею части нейросети и сохраняется в своей первоначальной форме, обусловленной травматическим переживанием. Поскольку биологические, химические и электрические рецепторы оказываются неспособными соответствующим образом создать взаимосвязь между нервными структурами, то нейросеть, в которой хранится травматическая информация, изолируется от других нервных сетей. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии. Поэтому, когда возникают мысли об инциденте, они остаются связанными со всеми отрицательными атрибутами первоначального травматического события. Результаты многолетней разговорной психотерапии, чтения ориентированной на самопомощь психологической литературы и переживания контрпримеров также хранятся в памяти, откладываясь в отдельных нейросетях. Существует принципиальное различие между адаптивной, выполняющей психотерапевтическую функцию информацией и той информацией, которая накоплена дисфункциональным образом и заставляет клиента обращаться за психотерапевтической помощью со словами: "Я не могу больше так жить".

Хотя ветераны войны, жертвы сексуальных домогательств и изнасилования интеллектуально могут понимать, что их нельзя упрекать за случившееся, они часто продолжают свою борьбу с негативными самопредставлениями и беспокоящим их аффектом. Возникновение такого конфликта хорошо согласуется с идеей о том, что различная информация накапливается в изолированных нейро-

сетях. Модель ускоренной переработки информации предполагает, что решающие прозрения и интеграция происходят при возникновении связи между двумя различными нейросетями. Когда система переработки информации активизируется и принимает свою динамическую форму, возникают соответствующие связи между двумя нейтронными цепочками. Психотерапевт, применяющий технику ДПДГ, может наблюдать преобразование информации после каждой серии движений глаз, по мере того как возникает связь между избранным в качестве цели травматическим материалом и новой, положительно ориентированной информацией, переструктурирующей травматическую информацию и изменяющей ее форму. В конце ДПДГ-психотерапии психотерапевт предлагает клиенту обратиться к первоначальной цели. После успешно проведенной психотерапии травматические воспоминания будут возникать в более положительной форме, интегрируясь с соответствующим позитивным аффектом.

Применение ДПДГ при других расстройствах

Успешность применения ДПДГ при работе с жертвами травм привела к тому, что эту технику стали использовать при излечении широкого спектра различных расстройств. В сущности, речь идет о применении уже описанных выше принципов переработки информации. Модель ускоренной переработки информации предсказывает, что большая часть вызывающих беспокойство травматических переживаний может быть успешно излечена вне зависимости от их происхождения.

Травма, связана ли она с изнасилованием, сексуальным домогательством или участием в военных действиях, несомненно, оказывает воздействие на испытавших травматические переживания индивидов, проявляясь в том, как они себя ведут, как думают, что они чувствуют по отношению к самим себе, и в их восприимчивости к таким симптомам, как ночные кошмары, тягостные воспоминания и навязчивые мысли. Эти индивиды переносят на себя утверждения: “Я бессилен”, “Я утратил свое достоинство” или “Я не контролирую себя”. Конечно, те клиенты, которые не переживали подобных травм, также могут иметь подобное самоотношение, чувствуя себя бессильными или покинутыми. У таких пациентов отрицательное самоотношение восходит к переживаниям раннего детства. Поэтому, когда им предлагают оценить по десятибалльной шкале характерные события, связанные с их семьей, происхождением или тем, как у них появилось отрицательное самоотношение, они обычно оценивают эти события в восемь, девять или десять баллов. Подобно жертвам травматических событий, они видят и чувствуют это глубоко затрагивающее давнее событие.

Конечно, такие клиенты не подрывались на минном поле во время войны и не были жертвами сексуальных домогательств со стороны родителей. Но несмотря на это, память о чем-то, что было сказано или что произошло с ними когда-то давно, заключена в их нервной системе и оказывает воздействие, весьма близкое к воздействию травматических переживаний. Признаком дисфункциональности является тот факт, что память о событии продолжает вызывать такой же аффект, негативные самоотношения и физические ощущения, как и в тот день, когда возникли травматические впечатления. Целью психотерапевтического воздействия являются беспокоящие воспоминания в той форме, в которой они хранятся в настоящий момент в памяти, так как эта дисфункциональная

информация является основанием для проявляющейся в настоящее время патологии. Поскольку положительные изменения у клиента связаны с разнообразными факторами, то и постановка специфического диагноза может быть менее важной, чем определение правильной цели и выявление восходящего к раннему детству опыта, порождающего дисфункциональные симптомы клиента и соответствующие формы поведения.

Статический опыт: утверждения, связанные с аффектом и убеждениями

Вызывающие беспокойство травматические воспоминания, хранящиеся дисфункциональным образом, связываются друг с другом статически, так как подобные воспоминания не могут образовывать новые, более динамичные связи. Информация, хранящаяся в нейросетях, может проявляться в форме всех элементов травматического события: визуальных образов, физических чувств, вкуса и запаха, звуков, аффекта и таких представлений, как самооценка и убеждения. Когда затрагивается травматическое воспоминание, клиент не только визуализирует происходившее, но и заново переживает состояние аффекта и физические ощущения, которые он испытывал в момент приобретения травматического опыта. Некоторые исследователи считают, что сохранение элементов травматического опыта, таких как сильные физические ощущения, связано с ошибочным сохранением их в краткосрочной памяти вместо долгосрочной памяти, где и должен был бы накапливаться подобный опыт (Horowitz & Becker, 1972), либо в недекларативной (моторно-двигательной) системе вместо декларативной (нарративной) системы (Lipke, 1992a; van der Kolk, 1994). Если это действительно так, то успешная ДПДГ-психотерапия должна включать в себя динамический перевод информации к функциональной форме хранения в памяти, чтобы она могла быть ассимилирована, когда полезная информация, приобретаемая в процессе научения, становится вместе с соответствующим аффектом доступной для использования в будущем.

Хотя негативные убеждения индивида и его самоотношение трансформируются одновременно с другими проявлениями травматического опыта, обычно они не приобретают большей значимости, чем сенсорный, чувственный опыт. Это можно было бы назвать “метавосприятием”, выходящим за пределы сенсорного, чувственного восприятия и являющимся скорее истолкованием опыта, использующим в качестве средства интерпретации язык.

Языковая информация не является обязательным компонентом первоначальной травмы, что видно из случаев сексуального и физического насилия над детьми, еще не научившимися говорить. Известно, что многих детей в наказание закрывали в туалете еще до того, как они освоили речь, но тем не менее у них наблюдались выраженные симптомы посттравматического синдрома. Некоторые психотерапевты когнитивной ориентации могли бы ответить на это, что если маленького ребенка закрыть в одной комнате с тигром, то он не будет испытывать страха, в отличие от ребенка постарше, который уже знает, что тигр может быть опасен. Однако очевидно, что если тигр зарычит на ребенка, то вне зависимости от возраста тот испытает чувство страха и будет травмирован. Это пример одной из тех реакций, которые генетически закодированы в человеке — реакций, сформировавшихся в процессе эволюции и не требующих такого сти-

мула, как язык. Таким образом, хотя убеждения человека, выражающиеся с помощью языка, являются полезной сущностью приобретенного опыта, они являются еще и аффектом, подпитывающим эти убеждения, что и оказывается центральным элементом всякой патологии.

Идея о том, что прошлый опыт закладывает основу для существующей в настоящее время дисфункциональности, далеко не нова, но мы тем не менее разберем ее в контексте ДПДГ-психотерапии, — в частности, с точки зрения сохранения воспоминаний и переработки информации. Представим, что к отцу подходит маленькая девочка ростом не более его вытянутой руки. В этот момент отец нечаянно опускает руку и ударяет ребенка по лицу. Ребенок, естественно, испытывает отрицательный аффект, который в словесном оформлении может выглядеть следующим образом: “Мне не дают то, что я хочу. Я — плохая”. (Такое самообвинение легко можно предвидеть, так как дети часто испытывают чувство собственной вины из-за ошибок или недостатков своих родителей. Наибольшую болезненность это приобретает у жертв сексуальных домогательств, обвиняющих себя за то, что с ними произошло. Такая тенденция может возникать и по причине эволюционного процесса, закодировавшего повиновение авторитетам как условие, необходимое для выживания.) Аффект, принимающий форму интенсивного переживания утраты собственного достоинства или бессилия, а также сопутствующие образы, звуки и боль от удара, закрепляются в нервной системе ребенка. Подобный опыт становится своего рода пробным камнем, первичным определяющим событием в жизни маленькой девочки; в модели ускоренной переработки информации мы называем это “узловой точкой”. Поскольку воспоминания накапливаются по ассоциативному принципу, следующее событие, связанное с подобной отверженностью, скорее всего будет сопряжено с данной “узловой точкой”, что и приведет к возникновению особой нейросети, становящейся главным фактором в подкреплении у ребенка чувства, что “он плохой”. Последующий опыт, связанный с отвержением матерью, братьями или сестрами, друзьями и другими лицами, будет соотноситься с этой “узловой точкой” по каналам ассоциативной информации. Еще до того, как ребенок в достаточной степени научится владеть речью, всевозможная информация о его опыте, содержащая подобные чувства собственного бессилия, безнадежности и неадекватности, будет сохраняться связанной и организованной вокруг узловой точки самого раннего подобного опыта. Положительный опыт не будет усваиваться этой нейросетью, так как ее узловая точка была сформирована отрицательным аффектом.

Когда существует подходящий язык для выражения Я-концепции, типа “Я не могу получить то, что хочу; со мной что-то не в порядке”, вербализации ассоциативным образом связываются с нейросетями с помощью аффекта, порождаемого значением приведенных выше слов. В сущности, если такая вербальная концептуализация однажды произошла, она может угадываться, как общий знаменатель, за каждым последующим переживанием, откладывающимся в этой сети в виде отрицательно заряженной информации. Такой процесс продолжается и в юности, когда девочка из нашего примера становится девушкой и переживает отверженность со стороны учителя или своего приятеля. Так все последующие события могут связываться в одной “узловой точке”, привнося свой вклад в первоначальный опыт. Таким образом, оценка, связанная с каждым из этих событий, не ограничивается функционально определенным утверждением (“В данном случае я не могу получить то, что я хочу”), а связывается с дисфунк-

ционально *обобщенным* утверждением "Я никогда не могу получить то, что хочу; со мной что-то не так".

Что происходит, когда девочка из нашего примера становится взрослой и испытывает нечто, напоминающее ей отвержение — или же угрожающее стать таковым? Новая информация ассимилируется в нервной сети, и утверждение "Я не могу получить то, что мне хочется; со мной что-то не в порядке" и связанный с этим утверждением аффект обобщаются и объединяются с вновь получаемой информацией. Спустя некоторое время по мере накопления связанных с этим событий возникает своего рода "самоподкрепляющееся пророчество"; любой намек или шанс на реакцию отвержения может включать соответствующую нейросеть с преобладающим в ней представлением: "Со мной что-то не в порядке". Возникающее после этого у индивида поведение и отношение к происходящему будут иметь теперь дисфункциональный характер, так как мотивирует и подпитывает данное поведение интенсивный аффект: страх, боль и бессилие, испытанные во время первого травматического переживания и теперь дополняемые всем последующим опытом. Так, боль, пережитая когда-то давно, в детстве, продолжает оказывать воздействие и сейчас, и по причине ассоциативной природы памяти и поведения реакции женщины из нашего примера и ее оценивание себя и мира будут иметь дисфункциональный характер. Когда эта же женщина оказывается в той или иной социальной ситуации и у нее возникает желание достичь чего-либо, происходит стимуляция нейросети, в которой преобладает аффект, выражаемый словами "Я не могу получить то, что хочу; что-то со мной не в порядке", вместе с этим возникает и соответствующий уровень тревожности, что наряду с самообвинениями препятствует функциональным формам поведения.

Разрешение

Разрешение травматического переживания достигается с помощью стимуляции свойственной организму способности к самоисцелению. Как уже отмечалось, одним из основных принципов модели ускоренной переработки информации является понятие естественного стремления к душевному здоровью. Механизм переработки информации по самой своей физиологической природе приспособлен для разрешения психологических дисфункций, так же как тело приспособлено для исцеления физических ран. Согласно нашей модели, психологическая дисфункциональность со всеми присущими ей компонентами (типа отсутствия самоуважения и самодостаточности) вызывается накопленной в нервной системе травматической информацией. С помощью техники ДПДГ эта информация становится доступной, перерабатывается и адаптивным образом разрешается. Как уже объяснялось, когда мы предлагаем клиенту удерживать в сознании картину первоначального травматического события, это стимулирует физиологически накопленную информацию. Движения глаз (или другие раздражители) активизируют механизм переработки информации и с каждой серией движений глаз имеющая адаптивный характер новая информация ассимилируется нейросетью, преобразуя избранный в качестве цели материал до тех пор, пока он не достигает здорового, функционального состояния.

Приведем пример. Клиентка, начавшая во время сеанса ДПДГ работу с образом оскорблявшего ее отца, с угрозой возвышающегося над ней, сообщила о том, что по мере процесса переработки она сама начала спонтанно расти, пока

не достигла такого же роста, как и фигура отца. По мере того как с помощью последовательных серий движений глаз старая информация преобразуется и приходит к терапевтическому и целительному разрешению, клиентка может начать спонтанно делать заявления типа “Со мной все в порядке, а вот у моего отца проблемы”. Такое изменение оценки является интегральной частью нового аффекта и сенсорного опыта — опыта, который будет преобладать, после того как нейросеть была активизирована внутренними или внешними раздражителями. Иными словами, по мере преобразования информации изменение визуальной картины связывается с изменением аффекта и самооценки, что становится частью нового способа сохранения в памяти прошлого опыта.

При этом клиентка автоматически начинает вести себя по-новому, как будто лежащее в основе ее поведения утверждение “Что-то со мной не в порядке” сменилось на утверждение “У меня все прекрасно”. Для большинства клиентов успешность ДПДГ-психотерапии проявляется в новом, положительном самопредставлении, распространяющемся на всю нейросеть. Следовательно, любые связанные с этим воспоминания (например, другие случаи угроз со стороны отца женщины в приведенном выше примере), ставшие доступными для применения психотерапевтической техники, после переработки также приведут к образованию позитивного самопредставления (“У меня все прекрасно”) вместе с соответствующим аффектом. Положительное психотерапевтическое разрешение будет проявляться во всех аспектах избранного в качестве цели воспоминания (в образах, физических ощущениях, эмоциях и т.п.), а также в связанных с этим событиях, как прошлых, так и настоящих, проявляясь в соответствующих изменениях поведения.

Воспоминания, застывшие в детстве

Клинические наблюдения при использовании ДПДГ-психотерапии позволяют отметить, что психотерапевтические результаты часто достигаются с помощью прогрессирующего раскрытия для клиента новой перспективы, присущей взрослому подходу, в особенности в тех случаях, когда пациент был замкнут в своих эмоциональных реакциях, определявшихся полученной в детстве травмой. Большая часть приобретенного в детстве опыта полна чувств бессилия, отсутствия выбора, неспособности контролировать происходящее и общей неадекватности. Даже в самом приятном детстве были омрачающие моменты — например, когда родители куда-то ушли вечером, оставив ребенка одного, и он чувствовал себя покинутым и лишенным заботы. Модель ускоренной переработки информации предполагает, что такой вполне обычный детский опыт, сохранившийся соответствующим физиологическим образом, может стать причиной многочисленных дисфункциональных расстройств.

В языке клиента часто отражаются такие детские состояния, как бессилие, отсутствие выбора, страх и неадекватность. Например, клиентка в возрасте 50 лет, сообщавшая о значительной дистанцированности от матери и начавшая свое отреагирование со страха, фрустрированности и тревожности, реагировала так не на мать в ее нынешнем состоянии —75-летнюю старуху-инвалида, с которой она общалась лишь по телефону. В ее случае заново переживались эмоции детства, ожившие при стимулировании нейросети событиями, ассоциировавшимися с образом матери, — нейросети, основанной на ключевых воспоминаниях, связанных с интенсивным чувством страха и отсутствием безопасности.

В сущности, клиентка не могла реагировать спокойно на свою мать до тех пор, пока ее ранние воспоминания не были переработаны и переведены на соответствующее место в прошлое.

Поскольку ДПДГ активизирует информационно-перерабатывающую систему и поддерживает ее в динамическом состоянии, чувства вины и страха, воспринимавшиеся с точки зрения детской перспективы, могут быть постепенно преобразованы в соответствии со взрослой перспективой адекватного реагирования, чувства безопасности и уверенности в своей способности сделать необходимый выбор. Состояние утраты контроля, казавшееся столь всепоглощающим в детском возрасте, перестает быть адекватным для взрослого человека.

Важно понимать параллель между детским опытом и опытом жертвы травматической ситуации. И в том и в другом случае присутствует чувство самообвинения и неадекватности, чувство утраты контроля, отсутствие безопасности и возможности выбора. Можно предположить, что дисфункциональная узловая точка локализируется в детском опыте (во время стадий развития), когда положительная информация не ассимилируется соответствующим образом в нейросети во время критического периода сразу же после травматического события (т.е. ребенок после травматической ситуации не попадает в комфортные условия). Природа существовавших ранее “узловых точек”, так же как и интенсивность последующих стрессовых факторов, может определять образование выраженных симптомов посттравматического синдрома. При травматическом опыте, пережитом во взрослом возрасте, наличие существовавшей ранее дисфункциональной “узловой точки” может объяснить, почему с помощью ДПДГ воспоминания о травме, пережитой уже врослым человеком, часто приводят к тому, что у клиентов возникают воспоминания раннего детства, связанные с таким же аффектом. Адекватная переработка информации позволяет клиенту признать наличие условий или обстоятельств, существующих в настоящее время как на эмоциональном, так и на когнитивном уровне. На примере большого количества клиентов ДПДГ-психотерапии мы можем наблюдать их прогрессирующую эволюцию к прощению самих себя, в котором они обретают в настоящем чувство безопасности и контроля.

Психотерапия, свободная от временных ограничений

Традиционная психотерапия связана фактором времени в том смысле, что ее результаты бывают положительными, если после травматического события прошел не очень длительный период. Это, вероятно, объясняется тем, что при традиционной психотерапии используются в основном вербальные, а не основанные на физиологических механизмах процедуры для воздействия на информацию, дисфункциональным образом хранящуюся в нервной системе. В модели ускоренной переработки информации исцеление психологической дисфункциональности рассматривается как относительно свободное от фактора времени, и поэтому при использовании техники ДПДГ наблюдается быстрый положительный эффект вне зависимости от количества травматических событий и от того, сколь давно они происходили.

Как мы уже обсуждали, при ДПДГ-психотерапии в качестве цели могут избираться ранние детские воспоминания, более поздние травматические события

или существующие в настоящий момент ситуации. Во всех случаях наблюдается положительный психотерапевтический эффект, объясняемый тем, что нейросеть ассоциативно связана со всеми подобными событиями. По мере того как клиент удерживает в своем сознании предмет воздействия, дисфункциональная информация стимулируется. Информационно-перерабатывающая система активизируется сериями движений глаз (или других раздражителей), и происходит преобразование травматического события, приводящее к достижению адаптивного разрешения с соответствующим аффектом, самоотношением и общей оценкой. Поскольку информация взаимосвязана ассоциативным образом, то во время психотерапевтического сеанса могут быть затронуты многие подобные воспоминания, после чего появляется возможность для возникновения нового позитивного аффекта и положительного самопредставления, распространяющегося на все события, воспоминания о которых хранятся в нервной сети в виде своеобразных групп — информационных кластеров.

Поскольку жертвы неоднократных случаев сексуального насилия и ветераны войны во Вьетнаме многократно переживали травматические события, психотерапевт может разделить воспоминания клиента на группы, каждая из которых имеет свое общее ключевое событие и раздражитель — например, вид своих товарищей, раненных в бою, или воспоминания об акте насилия, совершаемого старшим братом. В процессе ДПДГ-психотерапии в качестве цели воздействия избирается одно из событий, представляющее всю группу, т.е. весь кластер, что часто способствует достижению эффекта генерализации — обобщения, охватывающего весь опыт прошлых событий, ассоциативно связанный в этом кластере.

При ДПДГ изменения у клиента происходят с гораздо большей скоростью, чем при традиционных формах психотерапии, что можно объяснить следующими причинами: (1) при выборе цели воспоминания объединяются в группы, образуя кластеры; (2) приобретается прямой доступ к дисфункциональному материалу, характер которого обусловлен самим травматическим состоянием; (3) используются точно разработанные протоколы (о них подробнее будет идти речь в следующих главах) и (4) стимулирование естественно присущей индивиду информационно-перерабатывающей системы трансформирует информацию *непосредственно* на психофизиологическом уровне.

Способность эффектов ДПДГ-психотерапии быть относительно не зависящими от временных ограничений аналогична способности индивидов на протяжении 45 минут фазы быстрого сна видеть в сновидениях события, происходившие очень давно. Можно предположить близость механизма, действующего во время сна, и механизма ускоренной переработки информации во время сеанса ДПДГ-психотерапии, что и позволяет быстро переработать когнитивно-эмотивный материал на психофизиологическом уровне. Хотя подобный эффект переработки во время сна отмечается у многих индивидов и при этом сопровождается минимальной степенью тревожности, тем не менее во многих случаях для эффективной переработки травматического материала требуется сознательное активное вовлечение индивида в данный процесс. Во время сеанса ДПДГ также происходит динамическая адаптивная переработка воспоминаний, и поэтому можно считать, что сама по себе процедура ДПДГ поддерживает механизм переработки информации в активизированном состоянии. Это резко отличается от статичности воспоминаний, с которыми обычно происходит работа при долгосрочной разговорной психотерапии.

При использовании ДПДГ сама процедура и психотерапевтические протоколы отражают модель переработки информации, в которой делается упор на точной психотерапевтической фокусировке.

Здесь можно провести аналогию с медикаментозным лечением расстройств: точно так же, как использование современных лекарств заставляет нас пересмотреть представления о времени, необходимом для лечения различных соматических заболеваний, так и применение ДПДГ вынуждает пересмотреть наши предвзятые представления о времени, необходимом для излечения психологических травм. В сфере душевного здоровья мы уже поставили знак равенства между психологическими изменениями и быстрым улучшением состояния индивида. Таким образом, для избавления от тревожности, депрессии, расстройств, связанных с нарушением баланса мозговых полушарий, или расстройств, связанных с навязчивыми состояниями, у нас больше нет необходимости в долговременном лечении, которое обычно предполагается при медикаментозном подходе.

Согласно модели ускоренной переработки информации, при использовании ДПДГ психотерапевт выступает в роли катализатора соответствующих изменений биохимического баланса с помощью воздействия на характер электрических потенциалов нервной системы. Например, при нейронном возбуждении, вызванном сосредоточением внимания и одновременными движениями глаз (либо иными раздражителями), может возникать взаимодействие с лимбическими и кортикальными системами (подробнее об этом речь идет в главе 12). Такое взаимодействие может лежать в основе быстрого психотерапевтического эффекта. Однако для полного излечения необходимо использовать клинические процедуры и протоколы, усиливающие полезный эффект. История клиента содержит в себе моменты, указывающие на его готовность к психотерапии (подробнее это обсуждается в главе 4), и необходимость для работы с травмой каждого как индивидуального психотерапевтического плана, так и соответствующего уровня психотерапевтической поддержки. Использующие ДПДГ психотерапевты обнаружили, что с помощью структурированных протоколов в течение нескольких сеансов можно очистить дисфункциональную область, проявлявшую длительное сопротивление предыдущим формам терапии иногда на протяжении нескольких месяцев.

Используемая психотерапевтом модель процесса должна включать в себя признание того факта, что у клиента действительно могут возникать быстрые, глубокие и многоплановые изменения, сохраняющиеся на протяжении длительного времени. Для психотерапевтов, ориентирующихся на долгосрочные методы, подобные психоанализу, признание этого факта может быть сопряжено с большими трудностями. Однако я хотела бы подчеркнуть, что клинические наблюдения во время сеансов ДПДГ-психотерапии показали, что не относящиеся к делу стадии психотерапевтического процесса просто «перескакиваются». Символизм проясняется, возникают соответствующие инсайты, индивид усваивает уроки своего опыта и достигает различных стадий положительного эмоционального разрешения, причем все это происходит в ускоренном темпе.

Вне зависимости от психологического подхода, использованного психотерапевтом, логично было бы предположить, что любые психотерапевтические изменения в конечном счете основаны на нейрофизиологических изменениях в информации, накопленной в мозге. Для психотерапевта может быть весьма полезным помнить о коротком промежутке времени, необходимом для прохожде-

ния нервных импульсов через синапс. Даже при долгосрочной психодинамической психотерапии инсайты возникают на протяжении отдельных кратких мгновений. Предлагаемая нами модель ускоренной переработки информации предполагает, что инсайты происходят при соединении двух разделенных нейросетей.

Цели

Ключом к психологическим изменениям является способность производить необходимую переработку информации. Это означает создание связи между ассоциациями, обладающими целительным воздействием. Для получения доступа к заблокированным сетям памяти используются те или иные конкретные цели воздействия*. На основе клинических наблюдений можно сделать вывод, что накопленная информация может быть использована в качестве цели воздействия во время сеанса ДПДГ-психотерапии. Так, сновидение, образы воспоминаний или проявляющиеся в настоящее время формы поведения могут быть полезными для фокусировки целей, так как все они стимулируют специфические нейросети, содержащие в себе вызывающую беспокойство информацию. Например, ветераны войны во Вьетнаме могут страдать от многократно возвращающихся ночных кошмаров, в которых их убивают, что представляет собой проявление воспоминаний о том, как в них действительно стреляли во время войны, или же тревожную реакцию на громкий шум с преобладанием убеждения о неспособности контролировать ситуацию. Все эти элементы должны учитываться при разработке соответствующего психотерапевтического плана. Если система переработки информации будет однажды активирована, то дисфункциональные элементы пройдут переработку и существующие жалобы будут разрешены с помощью последовательного связывания избранных в качестве цели травматических воспоминаний и положительного адаптивного материала.

В дополнение следует сказать, что существует ряд признаков заблокированности сетей памяти, которые могут быть избраны в качестве цели и предмета воздействия, — это случаи потери памяти, диссоциативные расстройства и ограниченность доступа к негативному материалу.

Ограниченный доступ к негативному материалу

Один из признаков заблокированной сети памяти состоит в том, что клиент способен находить у себя только негативные воспоминания, даже если он на самом деле переживал и положительные события. Например, одна клиентка жаловалась, что на протяжении двух лет она чувствовала, как у нее над головой висело “темное облако”. Эта женщина была очень привязана к своему отцу, умершему ужасной смертью в доме престарелых, где она ничем не могла помочь ему. Когда она пыталась думать об отце или же что-либо напоминало о нем, перед ней возникал образ отца, страдающего в одиночестве. Этот образ и был избран целью воздействия с помощью ДПДГ. После завершения психотерапии для проверки ее эффективности клиентке начали рассказывать об отце, спрашивая при этом: “Что вы сейчас чувствуете?”. Клиентка сказала, что у нее спонтанно возникла картина, как они с отцом находятся в гостях на вечеринке.

Когда ей предложили стереть эту картину и снова начать думать об отце, получился тот же результат. Позитивные образы были связаны с чувством умиротворения, а темная туча исчезла.

Согласно модели ускоренной переработки информации, негативная информация хранится дисфункциональным образом в вызывающей беспокойство форме и вследствие этого вероятность ее стимулирования оказывается большей, чем у других ассоциаций. Поэтому, хотя в сети памяти хранятся многие виды информации, доступ ко всему отрицательному материалу, имеющему высокий эмоциональный заряд, оказывается, как правило, заблокированным. Когда воспоминания о травматических событиях перерабатываются, они разрешаются адаптивным образом и переходят в более нейтральную форму с самоотношением, которое словесно отражает более адекватный аффект (в нашем примере одним из таких самоотношений могло бы быть утверждение: “Сейчас он в состоянии покоя”). Вслед за этим могут проявиться положительные воспоминания. В результате любые внешние или внутренние намеки на травматическую ситуацию, обладающие возможностью вызывать информацию из сети памяти, избранной в качестве цели воздействия, не будут больше оказывать воздействие исключительно на дисфункциональную информацию. Если клиентке из нашего примера предложить думать об образе отца или если она услышит об отце от кого-то другого, она больше не будет ограничена мыслями о страданиях отца в доме для престарелых. Если беспокоящие воспоминания были однажды адекватно переработаны, то наводящие вопросы психотерапевта позволят легко получать доступ к другим, позитивным аспектам нейросети.

Провалы в памяти

Люди, пережившие в детстве сексуальное насилие, часто спустя много лет после случая сексуальных домогательств не могут восстановить воспоминания о других событиях детства. Возникает впечатление, что обладающая высоким эмоциональным зарядом информация о случае насилия блокирует доступ к остальной части детских воспоминаний. Если происходит переработка травмы, то клиент получает возможность вспомнить многие положительные события, происходившие в то же время, — например, связанные с друзьями. По мере того как сеть памяти становится в полной мере доступной и положительные воспоминания оказываются разблокированными, автоматически изменяется и “Я-концепция” клиента. В результате расширения диапазона детских воспоминаний и соответствующих ассоциаций у клиента появляется возможность по-новому оценить самого себя как человека, обладающего положительными воспоминаниями, возможностями, личной историей и будущим.

Диссоциация

Клиенты могут считать самих себя обладающими выраженными симптомами того или иного расстройства, но в то же время у них не оказывается самих воспоминаний о травматических событиях, вызвавших такую ситуацию. В таких случаях присутствующие симптомы можно считать проявлениями дисфункционально накопленной информации. Однако само по себе это предположение ничего не добавляет к нашим знаниям о природе ключевого травматического со-

бытия. А ведь психотерапевты предпринимают усилия вовсе не для того, чтобы руководить клиентом или заниматься интерпретацией его воспоминаний (подробнее об этом см. раздел о ложной памяти в главе 11).

Необходимо напомнить, что диссоциативный материал является скорее всего информацией, оказавшейся недоступной для осознавания, потому что она хранится в изолированной нейросети в специфической форме, определяемой самим травматическим переживанием. По мере переработки эта информация проявляется в сознании. Однако визуальные образы являются лишь одним из многих возможных проявлений дисфункционально хранящейся информации, и визуальная память о событии может так никогда и не восстановиться. Но психотерапевты, работающие с техникой ДПДГ, обнаружили, что при избрании в качестве цели воздействия актуальных симптомов или существующего у клиента чувства страха, примерно 50% пациентов приобретают возможность восстановить визуальный образ диссоциативного события. Однако более важно то, что проявляющиеся в настоящее время симптомы могут ослабевать и без восстановления травматического образа. Сеансы ДПДГ-психотерапии показали, что эффективная переработка может происходить вне зависимости от того, произошло ли высвобождение информации в виде проявления первоначального образа в сознании клиента. Говоря метафорически, видеокассета может быть воспроизведена на видеомагнитофоне (т.е. информация может быть переработана) вне зависимости от того, включен ли при этом телевизор.

Другие формы диссоциации могут возникать у клиента, погружающегося в прошлый опыт при отреагировании. Переполняющие индивида чувства и эмоциональные реакции, переживаемые как события, к которым приобретается доступ, являются верными признаками того, что информация хранится в памяти в дисфункциональной форме. Когда информация успешно перерабатывается, клиенты часто восклицают: “О, так ведь я же сейчас *здесь*!”, подразумевая, что “я уже не во Вьетнаме”, или “я уже не в том старом доме, где произошло изнасилование”, и что “я уже вне опасности”.

Полное отсутствие соответствующего аффекта, что может отмечаться клиентом с помощью таких выражений, как “онемение”, “оцепенение” или “заблокированность”, при достижении воспоминания о травматическом событии также указывает на дисфункциональный способ хранения информации. В этих случаях клиент часто восстанавливает соответствующий аффект на весьма высоком уровне беспокойства во время начальных стадий переработки информации. Любые неуместные диссоциативные формы отреагирования — это может быть как завышенная, так и заниженная степень реагирования на травматическое событие, — можно считать признаком наличия заблокированных воспоминаний, являющихся подходящей целью для ДПДГ-психотерапии.

Интегрированная психотерапия

В технике ДПДГ сочетаются многие психологические подходы. Предлагаемая нами парадигма открывает новые психотерапевтические возможности, теоретически поддерживая эффективное психотерапевтическое применение этих соединенных вместе ключевых элементов основных психологический подходов.

В типичном 90-минутном сеансе ДПДГ психотерапевт сможет наблюдать быстрые изменения, происходящие у клиента. Психотерапевты, использующие

психодинамический подход, скорее всего отметят свободные ассоциации, катарсис, отреагирование, символизм, а также материал, связанный с историей семьи клиента. Бихевиорист будет наблюдать явные признаки обучения, обобщения, обусловленные реакции, ассоциативный материал и т.п. Психотерапевт когнитивной ориентации прежде всего обратит внимание на последовательные изменения когнитивных структур и убеждений. Гештальтист будет наблюдать устранение эмоциональной статики, что позволит клиенту легче разделять фигуру и фон. Райхиански ориентированный психотерапевт будет наблюдать изменение физических ощущений, связанных с дисфункциональным материалом.

Во многих отношениях эта ситуация напоминает историю о слепых, пытающихся описать слона. Тот, кто касается хвоста, утверждает, что слон похож на веревку; прикоснувшиеся к ноге утверждают, что слон подобен дереву, а держащий слона за хобот говорит, что он похож на змею. Вывод, сделанный каждым из них, основан на форме лишь той части слона, которая доступна их исследованию. Но понятно, что на самом деле это один и тот же слон. В случае ДПДГ мы также наблюдаем взаимопереплетение многих вещей, хорошо знакомых традиционной психотерапии, но соединенных воедино. В сущности, вне зависимости от того, какие термины мы будем использовать, общим во всех психологических подходах является идея о том, что информация хранится в мозге физиологическим образом. При активизации целительного процесса действительно можно наблюдать проявление ключевых элементов большинства психологических подходов.

Хотя модель ускоренной переработки информации и предлагает унифицированную теорию, которая может рассматриваться как основа всех психологических подходов, эта модель открывает новые перспективы, определяя патологию как дисфункционально хранящуюся информацию, которая может быть правильно ассимилирована с помощью динамической активизации системы переработки информации. Таким образом, работающему с техникой ДПДГ психотерапевту предлагается новая роль, призванная способствовать возникновению положительного психотерапевтического эффекта.

Общие диагнозы, связанные с расстройствами личности, часто приводят лишь к тому, что клиент оказывается, образно говоря, как бы прикованным к огромной горе, которую заведомо невозможно сдвинуть с места. Использование модели ускоренной переработки информации в технике ДПДГ предполагает, что психотерапевт сосредоточивается на тех характеристиках, которые скорее порождают поведенческую реакцию в соответствии с диагнозом, чем служат для постановки этого диагноза. Эти характеристики рассматриваются как порождения прошлого опыта, включая подражание родительским моделям поведения, поддающиеся по этой причине изменениям. Таким образом, широкий диапазон опыта, приобретаемого в детстве, юности и взрослом возрасте, может оказаться связанным с травмой, будучи подверженным вызываемым процедурой ДПДГ изменениям, направленным на положительное разрешение и самоисцеление.

Мы предлагаем каждому психотерапевту, вне зависимости от его теоретической ориентации, пронаблюдать на практике эффекты применения техники ДПДГ и открыть для себя заново все, что считается истинным в том подходе, которого он (или она) придерживается. Однако мы настоятельно советуем психотерапевтам обдумать предлагаемую нами модель переработки информации,

прежде чем пытаться проецировать на технику ДПДГ свои ранее сложившиеся теоретические подходы.

Модель ускоренной переработки информации, усовершенствованные процедуры ДПДГ и психотерапевтические протоколы были созданы с целью объяснить и максимально увеличить психотерапевтический эффект ДПДГ. Поэтому мы советуем использовать ДПДГ на практике и непосредственно увидеть результаты применения данной техники, и лишь после этого пытаться теоретически определять ее сущность (ограничивая таким образом саму технику), делать ее более удобной для своего заранее определенного психотерапевтического подхода. Это предупреждение поможет предотвратить уменьшение полезного эффекта от применения техники ДПДГ, которое возникает при установления тех или иных предвзятых ограничений. Например, данная техника иногда определяется как всего лишь гипноз, и таким образом ее потенциальная польза ограничивается теми эффектами, которые, как считается, могут проявиться при гипнозе. Если ДПДГ рассматривается как обычная десенсибилизация, то принципиально важная для использования этой техники динамика может быть упущена психотерапевтом. Если же позволить технике ДПДГ самостоятельно определить свои параметры на основании достигаемого при ее применении эффекта, то это будет означать, что ограничения, наблюдаемые в других психотерапевтических подходах, могут быть преодолены. Так, принципиально важным для получения наиболее полного психотерапевтического эффекта является наблюдение за реакциями клиента без каких-либо заранее определенных ограничений. Возможно, с точки зрения реальной практики, технику ДПДГ лучше всего было бы описать как интерактивную и интеракциональную интрапсихическую когнитивно-поведенческую телесно-ориентированную психотерапию. Ключевые элементы каждого из этих подходов используются в ДПДГ для того, чтобы лечить клиента как целостную личность.

Итоги и выводы

Модель ускоренной переработки информации предлагается как рабочая нейрофизиологическая *гипотеза,* так как существующего на сегодняшний день понимания физиологии мозга явно недостаточно для того, чтобы проверить правильность этой модели. Однако наша модель основана на наблюдаемых эффектах психотерапии, поэтому она может служить своего рода клинической картой, объясняя и предсказывая психотерапевтические эффекты, даже если при этом выяснится, что те или иные нейрофизиологические детали этой гипотезы не вполне корректны.

Согласно модели ускоренной переработки информации, существует естественная физиологическая система, предназначенная для преобразования беспокоящих впечатлений с целью достижения их адаптивного разрешения, и эта система ориентирована на достижение психологической интеграции и физического здоровья. Травма может нарушать работу системы переработки информации, поэтому информация будет сохраняться в форме, обусловленной травматическим переживанием, и приводить к проявлению выраженных симптомов посттравматического синдрома. Заблокированную систему переработки информации можно стимулировать различными физиологическими факторами, в том числе (1) стимулированием релаксации, (2) нейронным возбуждением, вызы-

вающим сдвиг в синаптических потенциалах или валентности рецепторов, либо (3) некоторыми другими функциями двойной фокусировки внимания при переработке информации. Альтернативные раздражители, такие как постукивание по руке или звуковые стимулы, также могут приводить к эффекту, подобному тому, который возникает при использовании движений глаз. Согласно нашей гипотезе, избранная в качестве цели воздействия травматическая информация преобразуется в каналах ассоциативной памяти на прогрессирующих стадиях самоисцеления. Это преобразование затрагивает все аспекты информации — образы, чувства и убеждения. По мере того как информация переходит из дисфункциональной формы в функциональную, негативные проявления избранного в качестве цели травматического события становятся рассеянными, а положительные проявления — более яркими. Кроме того, существует относительно высокая вероятность проявления материала, бывшего ранее диссоциированным, в раздельных нервных сетях, которые постепенно соединяются друг с другом до тех пор, пока не будет достигнуто положительное разрешение.

Большинство психопатологий можно считать основанными на предыдущем жизненном опыте, способ сохранения которого определяется самим пережитым состоянием. Ассоциативная природа сетей памяти позволяет обобщить положительный эффект психотерапии для изменения существующего в настоящий момент самооценивания и поведения. Как в том случае, когда жалобы клиента относятся к посттравматическому синдрому, так и при более сложном диагнозе преобразование информации в адаптивном направлении может быть достигнуто сравнительно быстро с помощью этого фокусированного и имеющего физиологическую основу подхода, который, несомненно, приводит к разблокированию как системы переработки информации, так и памяти клиента.

Все элементы основных психологических подходов соединяются воедино в интегрированном подходе ДПДГ-психотерапии. Однако мы предупреждаем психотерапевтов о необходимости проявлять гибкость, используя предлагаемую нами модель как клиническую карту, дающую возможность обширных психологических изменений, достигаемых с необычайной быстротой. Поэтому очевидно, что желающему работать с техникой ДПДГ необходимо иметь соответствующие образование и квалификацию, так как эта техника будет эффективной лишь в том случае, если использующий ее психотерапевт привлечет весь свой предыдущий клинический опыт и профессионализм.

3. КОМПОНЕНТЫ ДПДГ-ПСИХОТЕРАПИИ И ОСНОВНЫЕ ЕЕ ЭФФЕКТЫ

Если вы строите воздушные замки, ваша работа никогда не будет напрасной — эти замки находятся именно там, где они и должны быть. А теперь попробуйте подвести под них основание.

Генри Дэвид Торо

В первой части данной главы мы исследуем определение цели (предмета) психотерапевтического воздействия и опишем основные компоненты процедуры ДПДГ. Эти компоненты включают в себя образ, отрицательные и положительные представления, эмоции, физические ощущения, а также эмоциональные и когнитивные оценочные шкалы: Шкалу субъективных единиц беспокойства (ШСЕБ) и Шкалу соответствия представления (ШСП). Затем будут описаны сами движения глаз и альтернативные стимулы. После этого мы сделаем обзор восьми стадий ДПДГ-психотерапии: изучение истории болезни и планирование психотерапии, подготовка, оценивание, десенсибилизация, инсталляция, сканирование тела, завершение и переоценка. Затем мы обсудим некоторые клинические эффекты определения цели воздействия и типичные переживания клиентов во время процедуры ДПДГ.

Основные компоненты процедуры ДПДГ

Эффективная переработка во время ДПДГ-психотерапии зависит от правильного определения цели и предмета воздействия. Если используются неправильно избранные цели (или же неправильно определяются необходимые компоненты процедуры), то положительный психотерапевтический эффект может быть минимальным. При работе с клиентами, пережившими травму сексуального насилия, правильно избранные цели воздействия могут включать в себя ранние детские воспоминания или недавние события, вызывающие беспокойство, а также воображаемые события, включающие в себя описание будущего поведения. Если речь идет о психотерапии относительно несложных случаев, — например, о работе с жертвами обычного посттравматического синдрома, пережившими недавнее травматическое событие типа стихийного бедствия, то в качестве цели воздействия необходимо избирать просто воспоминание о событии.

Вне зависимости от числа клинических аспектов, требующих переработки, каждая цель воздействия должна быть описана и переработана до конца. Эти цели воздействия являются своего рода строительными блоками ДПДГ-психотерапии и заслуживают особого внимания. Полное описание цели воздействия помогает клиенту и психотерапевту лучше понять контекст травмы и ее конфигурацию (т.е. все детали, из которых слагается сама травма и реакция на нее); результатом будет ускорение процесса переработки. Наиболее полезные компоненты психотерапии — картина события, отрицательное и положительное самопредставление, эмоции и связанный с ними уровень беспокойства, а также физические ощущения. Для начала ДПДГ-психотерапии, прохождения переработки травматической информации и завершения процесса необходимо

четко определить данные аспекты предмета воздействия. Давайте подробнее рассмотрим каждый из этих аспектов.

Образ

Психотерапевт может предложить клиенту думать о травматическом событии и затем сосредоточиться на образе, представляющем либо весь инцидент, либо наиболее травмирующие его части. При этом не имеет особого значения, насколько отчетливым будет этот образ. Обычно у клиентов возникает довольно размытый образ либо фрагментарное видение события. Цель состоит в том, чтобы установить связь между сознанием и той областью мозга, в которой хранится травматическая информация.

Отрицательное самопредставление

Затем клиенту предлагают определить утверждения, характерные для отрицательного самопредставления, лежащего в основе неадекватной самооценки, связанной с образом травматического события. Такие высказывания мы называем отрицательным самопредставлением. Термин *самопредставление* часто применяется для определения всех сознательных репрезентаций опыта; в ДПДГ-психотерапии мы используем его для обозначения убеждений или оценок клиента. Самопредставление является существующей у клиента в настоящее время *интерпретацией* самого себя, отличающейся от простого описания. Как интерпретация, отрицательное самопредставление отвечает на вопрос: "Каковы мои представления, связанные с травматическим событием и снижающие мою самооценку?". Отрицательное самопредставление включает в себя убеждения типа "Я плох, не заслуживаю уважения и не способен преуспеть". Жертва изнасилования, оглядываясь назад на травматическое событие и говоря: "Я была бессильна сделать что-либо" или "Я была напугана", не предлагает никакого негативного самопредставления. Это просто утверждение о свершившемся факте, его описание. ДПДГ не может переработать такое утверждение, поскольку эффективна только при работе с неадекватным описанием травматического происшествия. Когда же описание точно, то эффект переработки практически не наблюдается. Пример отрицательного самопредставления, подходящего для жертвы изнасилования, мог бы быть таким: "*Сейчас* я бессильна". Такое утверждение указывает на чувства пациентки по отношению к самой себе в настоящий момент, т.е. когда она рассказывает о травме изнасилования. Когда травматическое воспоминание активируется, проявляются накопленные дисфункциональным образом эмоции и отрицательное самопредставление служит для акцентирования его значимости. Утверждение "Сейчас я бессильна" не является приемлемым для клиентки и носит дисфункциональный характер (так как в настоящий момент для нее нет никакой опасности или угрозы). В этом случае для переработки может быть использована техника ДПДГ.

Для лиц, переживших сексуальное насилие, некоторые подходящие отрицательные самопредставления могут включать в себя высказывания: "Я осквернена и не могу так жить дальше", "Я бессильна" и "Я не заслуживаю любви, и поэтому у меня ее не будет". Отметим следующие характеристики таких отрицательных самопредставлений: все они относятся к типу "я утверждаю"; все вы-

ражены в настоящем времени и включают в себя отрицательные свойства, возникшие из-за участия клиента (пусть даже вынужденного) в травматическом событии. Такие утверждения являются верными признаками патологии. Подобно образу, отрицательные самоутверждения связаны с дисфункциональным материалом, нуждающимся в переработке.

Отрицательные самопредставления можно определить как негативную самооценку, которую жертвы травматического события дают себе в настоящее время. Когда у клиента проявляется память о травматическом событии, происходившем, может быть, много лет назад, психотерапевт должен определить, какой уровень субъективного беспокойства испытывает сейчас пациент. Он может продолжать неадекватно думать о себе и своем участии в травматическом событии (с чувствами самообвинения, беспомощности, бессилия или самоуниженности), демонстрируя, что его воспоминания не достигли положительного разрешения. Когда у жертвы изнасилования всплывает в памяти сцена изнасилования и клиентка при этом утверждает: "Я бессильна", "Я осквернена" или "Я недостойна", то эти высказывания являются интерпретациями в отношении себя, сделанными в настоящее время. Поскольку они представляют неуместные (т.е., объективно говоря, неправильные) негативные убеждения, то в первую очередь могут избираться в качестве целей для ДПДГ-психотерапии.

Клинические наблюдения показывают, и я хотела бы это подчеркнуть, что ДПДГ-психотерапия отнюдь не приводит к фальсифицированию клиентом собственной истории. Истинные отрицательные самопредставления не будут изменяться. Поэтому техника ДПДГ не может быть использована для устранения адекватных отрицательных представлений или для внушения каких-либо ложных представлений. Этот феномен был впервые отмечен в случае с одной из клиенток ДПДГ-психотерапии, ставшей жертвой изнасилования. Ее отрицательное самопредставление в настоящее время было: "Я испытываю чувство вины". Во время психотерапевтического сеанса это самопредставление становилось все более соответствующим действительному положению вещей, не уменьшаясь при этом. Когда мы начали задавать клиентке вопросы, она призналась, что говорила неправду полиции о действительных подробностях происходившего события. Следовательно, она *была* виновна во лжи. Затем это новое, вскрытое во время психотерапии отрицательное самопредставление было использовано в качестве предмета воздействия.

Отметим еще раз, что отрицательное самопредставление носило характер интерпретации ("Что-то со мной не в порядке"), а не просто описания ("Мать не любила меня"). Если последнее утверждение действительно справедливо, как это может быть в случае с матерью-психотиком, имеющей садистские наклонности, то, как показывают наблюдения, такое представление действительно не может быть переработано с помощью ДПДГ. Родители, допускавшие в свое время злоупотребления по отношению к детям, уже никак не могут превратиться в добрых и заботливых родителей. Однако возникшее в результате таких злоупотреблений отрицательное отношение к себе ("Со мной что-то не в порядке") может быть переработано, и тогда патология клиента будет излечена. Хотя в детском возрасте клиентка могла обвинять себя за то, что ей не хватало материнской любви, эта ситуация была и остается неадекватной, представляя собой действительно подходящую цель для переработки. Общее отрицательное представление, часто используемое жертвами детских обид: "Я не достоин любви".

Некоторым клиентам бывает трудно найти у себя отрицательное представление. Психотерапевт может предложить такому клиенту список альтернативных отрицательных представлений, чтобы помочь лучше понять саму идею отрицательного представления. Однако важно, чтобы эти предложения давались в мягкой манере, без оказания какого-либо давления, оставляя свободу выбора. Принципиально важно и то, что такое представление основывается на собственном опыте клиента и не является какой-то искусственной конструкцией психотерапевта.

Если клиенту трудно выразить словами отрицательное самопредставление, то ему необходимо предложить несколько примеров, которые представляются психотерапевту приемлемыми.

"Мне надо было бы что-то предпринять".
"Я бессилен".
"Я не контролирую себя".
"Я делаю что-то плохое".
"Я ничтожество".
"Со мной что-то не в порядке".
"Я плохой человек".
"Я покинут".
"Я недостоин любви"
"Я не могу преуспеть".

Отождествление с тем или иным отрицательным самопредставлением помогает клиенту более полно осознать иррациональность этого представления, определяет причину его возникновения и способствует проявлению дисфункциональной информации, нуждающейся в переработке. Более полный список отрицательных и положительных представлений приводится в приложении I.

Положительное самопредставление

После определения отрицательного самопредставления, связанного с предметом воздействия, следующим шагом в сеансе ДПДГ-психотерапии будет определение желаемого положительного самопредставления и оценивание его по семибалльной шкале соответствия представлений, где 1— "полностью не соответствует", а 7— "полностью соответствует". Это оценивание основано не на определении клиентом действительной истинности того или иного самопредставления, а на убедительности восприятия этого представления им самим. Даже находясь в состоянии эмоционального замешательства, клиент часто осознает, что он *должен* верить во что-то хорошее. Поэтому психотерапевту необходимо предложить клиенту сообщать о своей реакции, возникающей на интуитивном уровне, говорить о том, что он "чувствует нутром". Так, например, клиентка, ставшая жертвой изнасилования, может осознавать, что изнасилование не является ее проступком, однако при этом она все равно будет испытывать чувство вины. Поэтому положительное самоотношение "Я хороший человек" такая клиентка может первоначально оценить всего в 4 балла по шкале соответствия представлений.

Цель отождествления желаемого положительного самопредставления состоит в том, чтобы определить необходимое направление психотерапевтической

работы, производя стимулирование соответствующих нервных сетей, что дает психотерапевту и клиенту основу для совместной работы, на которую будет опираться дальнейший успех процесса лечения. Кроме того, идентификация положительного самопредставления перед началом переработки дает возможность использовать соответствующее этому самопредставлению высказывание для быстрой инсталляции (стадия инсталляции сразу же переходит в стадию десенсибилизации, и поэтому мы опишем ее здесь лишь кратко), — если в ходе психотерапии не сформировалось какое-либо иное, более подходящее для этой цели высказывание.

Сообщения психотерапевтов, работающих с техникой ДПДГ, показывают, что если положительное самопредставление клиента является неуместным или нежелательным, то это будет прерывать процесс переработки информации. В подобных случаях клиент обычно пытается инкорпорировать те или иные формы принятия желаемого за действительное. Однако желаемые, но нереалистические положительные самопредставления не могут быть включены в систему убеждений клиента. Одним из признаков такой ситуации является начальная оценка по Шкале соответствия представлений в 1 балл (“полностью не соответствует”) — обычно она свидетельствует о том, что желаемое самопредставление нереалистично и не может сформироваться. В качестве примера обратимся к истории одной клиентки, изнасилованной своим работодателем. Желаемым самопредставлением для клиентки было “Я смогу дать отпор”. Такое представление казалось вполне резонным для психотерапевта, работавшего с этой клиенткой, но первоначальное оценивание это высказывания по Шкале соответствия представлений не изменялось и не увеличилось на протяжении сеанса ДПДГ. Психотерапевт задал клиентке вопрос: “Как вы думаете, что мешает тому, чтобы представление о способности дать отпор было оценено в семь баллов?” Клиентка ответила: “У него (насильника) рост два метра и вес сто пятьдесят килограммов”. И хотя клиентка, рост которой был немногим более полутора метров, занималась восточными боевыми искусствами, ее утверждение “Я смогу дать отпор” (воспринимаемое буквально) было совершенно нереалистичным и оказалось неуместным в качестве положительного самопредставления.

Когда происходит формирование положительного самопредставления, клиенту необходимо предложить по возможности чаще использовать выражение “Я утверждаю”, которое устанавливает связь с внутренней областью контроля. Клиенты часто предлагают утверждения, которые с самого начала оказываются за пределами их контроля, например: “Он будет любить меня” или “Они дадут мне то, что я хочу”. Предлагайте клиенту подходящие примеры, чтобы переориентировать его от нереалистичных утверждений, показывая неадекватность заявлений типа “Мои дети никогда не причинят мне боль”. Подходящие положительные утверждения, такие как “Я могу справиться с ситуацией”, “Я могу верить себе” или же “Я могу действовать с полной ответственностью”, предлагают клиенту пересмотреть и переоценить свои возможности. Понятно, что в утверждении “Я достойна любви” для клиентки больше значимости, чем в словах “Он будет любить меня”. Однако очевидно, что клиенты не имеют реального контроля над мыслями и действиями других людей. Цель установления положительного самопредставления состоит в том, чтобы дать клиенту способность утвердить чувство собственного достоинства и уравновешенности вне зависимости от воздействия внешних сил, а не укрываться за своими попытками рационального объяснения или надеждами на неопределенное будущее.

Иногда само положительное утверждение, которое может быть представлено вполне резонным образом, воплощается в выражениям типа “Ну это уж слишком!”, “Я сделал лучшее из того, что мог” или “Сейчас у меня есть возможность выбора”. В особенности это может быть справедливо в случае чувства вины у преступника, когда все, что может сказать клиент, — это фразы типа “Теперь это все в прошлом” или “Я многому смог научиться из этого”. В таких случаях происходит признание необходимой степени ответственности за события прошлого, а акцент смещается на нынешние и будущие действия. Хотя сообщения работающих с ДПДГ психотерапевтов показывают, что эта техника не может скрывать или фальсифицировать уместные или истинные представления, влияние происходивших в прошлом событий может быть устранено, из них могут быть извлечены определенные уроки, а клиент получит возможность освободиться от отрицательного аффекта, препятствовавшего совершению положительных событий в будущем.

Помощь клиенту в определении положительных представлений является важным шагом к выздоровлению. Возможность альтернативного взгляда на травматическое событие дает надежду на спасение от болезненных самообвинений, и такого рода деятельность полезна при любых формах психотерапии. Однако по мере продолжения сеанса положительное представление, идентифицированное клиентом, может быть вытеснено другим, более подходящим в данном случае. Действительно, часто при ДПДГ-психотерапии по мере переработки дисфункционального материала возникает новое, более полезное положительное представление. Психотерапевт должен особенно отметить предпочитаемое представление и, когда это возможно, утвердить его, используя собственные слова клиента. Например, клиент может начать сеанс с утверждения “Я могу достичь успеха”. Во время переработки клиент осознает, что он не только уже достиг успеха в решении многих задач, которые ставил перед собой, но и что нет необходимости полностью отождествлять себя со своей работой. Таким образом, клиент может завершить сеанс с более общим положительным представлением “Я прекрасный человек”. Это второе представление явно обладает для клиента большей силой, чем первое, и оно может быть осознано на стадии инсталляции.

Временами клиенту бывает необходима помощь в формулировании положительного представления. Если ему трудно выразить словами свое самопредставление, подумайте, не подходит ли к его случаю какое-либо представление из приводимого списка.

“Я сделал лучшее из того, что мог”.
“Это все уже в прошлом”.
“Я многому научился из происходившего”.
“Я контролирую себя”.
“Я способен быть любимым”.
“Я хороший человек”.
“Сейчас у меня есть выбор”.
“Я могу достичь успеха”.
“Я могу справиться с этим”.
“Сейчас я в безопасности”.

При формировании положительного самопредставления избегайте использовать частицу “не” (“Я неплохой человек”, “Я не бессилен”). Цель психотерапевта при этом состоит в том, чтобы помочь клиенту в положительной переориентации самого себя. Новая “Я-концепция” должна быть основана на максимально возможном для клиента положительном отношении к себе. Использование частицы “не” мешает созданию полностью положительной характеристики. Поэтому фраза “Я сильный” обладает явно большим терапевтическим потенциалом, чем фраза “Я не бессилен”. Подобным же образом фраза “Я хороший человек” более полезна, чем “Я неплохой человек”. Однако могут быть и исключения. Например, для лиц, переживших в детстве жестокое обращение и оскорбления, первоначально может быть более полезным положительное представление: “Я не несу ответственности за действия своей матери”. При последующих сеансах ДПДГ-психотерапии фокус может быть смещен на более личностные утверждения.

После того как дисфункциональный материал, хранящийся в памяти, будет переработан, положительное представление станет связанным с информацией, ранее вызывавшей беспокойство. Это происходит на стадии “инсталляции”. Говоря иными словами, мы вводим положительное самопредставление в сеть памяти, содержащую в себе травматический материал, избранный в качестве цели психотерапевтического воздействия. Когда это сделано, появляется возможность генерализовать, т.е. обобщить положительное представление на всю сеть памяти, распространив его и на весь другой, ассоциативно связанный с этим опыт. В дальнейшем, по мере переработки информации, она будет появляться в сознании с преобладанием положительного представления. Установление такой связи позволяет всей информации, относящейся к положительному результату, установить связь с материалом, бывшим ранее травматическим. Такое связывание нервных сетей рассматривается в нашей модели как первый результат успешности переработки травматической информации.

Психотерапевту необходимо оказать помощь клиенту в вербализации положительного самопредставления, которое затем может быть обобщено и распространено на более широкий диапазон дисфункционального материала, что дает большие преимущества в будущей деятельности. Часто бывает так, что чем менее специфическими являются представления, тем большие у них шансы на успешную генерализацию. Например, если клиент перерабатывает травматическое воспоминание о падении с лестницы, негативное самопредставление может проявляться в виде утверждения “Я неудачник”, а положительное самопредставление — “Я могу достичь успеха”. Однако представление “Я могу всегда успешно справляться с подъемом на любые лестницы” является явно неадекватным, поскольку это утверждение распространяло бы эффект генерализации только на ситуации, связанные с подъемом по лестнице. Другое неадекватное положительное представление проявилось в случае с клиенткой, перерабатывавшей воспоминание о том, как она заснула в общественном месте и упала со стула. Мы отговорили ее от использования утверждения “Это могло бы произойти с каждым”, поскольку такое утверждение, хотя и соответствовало первоначальному событию, не подкрепляло положительную самооценку в том случае, если бы пациентка опять заснула и упала. Усиление самого себя в ситуациях возможных будущих событий должно включаться в положительное представление всегда, когда только возможно.

Эмоции и создаваемый ими уровень беспокойства

Чтобы клиент смог выразить испытываемые им эмоции, ему предлагается удерживать в уме картину воспоминания и отрицательное самопредставление, а также оценивать то, что он чувствует, по Шкале субъективных единиц беспокойства. Психотерапевт может не сомневаться, что клиент не станет сообщать об уровне дистресса, испытываемого им непосредственно в момент переживания. Целью ДПДГ-психотерапии является переработка дисфункциональной информации. Хотя с клиентом могло происходить много вещей, бывших для него первоначально травматическими, далеко не все из происходивших событий продолжают вызывать активный дистресс. Некоторые индивиды спонтанно справляются с воспоминаниями о таких событиях с помощью естественной переработки информации и достигают таким образом адаптивного разрешения. Только тогда, когда прошлое событие остается неразрешенным, оно может быть избрано в качестве цели психотерапии. В большинстве случаев признаком наличия неразрешенного материала является значительный уровень эмоционального беспокойства.

После того как клиент оценивает свой уровень эмоционального беспокойства по Шкале субъективных единиц беспокойства, психотерапевт может определить, какие именно воспоминания будут избраны в качестве цели. Когда разрабатывается план лечения, психотерапевт может выделить преобладающее негативное убеждение, — например представление “Я покинут”, предлагая затем клиенту сканировать свои ранние воспоминания, чтобы обнаружить любые связанные с этим представлением события, которые могут быть оценены в 5 баллов или выше по Шкале субъективных единиц беспокойства. Такие воспоминания могут стать прекрасными первоначальными целями для переработки.

Психотерапевт должен позаботиться об определении того, какие именно эмоции оценивает пациент. Клиенту, сообщающему о положительных эмоциях при оценивании своих переживаний по Шкале субъективных единиц беспокойства, следует напомнить, что эта шкала используется только для оценивания беспокоящих эмоций. Многообразие эмоций, возникающих во время переработки информации, придает особую важность тому, чтобы клиент смог подобрать для них подходящие названия. При использовании Шкалы субъективных единиц беспокойства клиент может сообщать об отсутствии изменений в степени интенсивности беспокойства, хотя сами эмоции при этом качественно изменяются. Так, например, гнев может смениться чувством вины, но клиент будет оценивать свое состояние по Шкале субъективных единиц беспокойства так же, как и раньше. Психотерапевту необходимо знать, какие эмоции подвергались оценке, чтобы проявить соответствующую реакцию и поддержку, а также для уверенности в том, что процесс действительно происходит.

Физические ощущения

Клинический опыт указывает на то, что физические ощущения, возникающие при концентрации клиента на травматическом воспоминании, являются весьма полезной точкой фокусирования психотерапевтического воздействия. Эти ощущения могут быть связаны с эмоциональным напряжением, проявляющимся, например, в напряжении мышц шеи или в учащении сердечного ритма. Другие физические ощущения могут быть частью сенсорного переживания самой

травмы, избранной в качестве цели воздействия — например, ощущение сжимающих вас рук преступника. Выраженные физические ощущения также связаны с негативными представлениями. Поэтому сеанс ДПДГ-психотерапии нельзя считать завершенным до тех пор, пока все физические ощущения, вызываемые мыслями, связанными с травмой, не будут соответствующим образом переработаны. Тогда при сканировании тела, совершаемом клиентом в конце психотерапии, не должно проявляться остаточных напряжений или нетипичных физических ощущений.

Активация информационно-перерабатывающей системы

Присущая клиенту информационно-перерабатывающая система может быть активирована с помощью направляемых движений глаз либо с помощью альтернативных стимулов, таких как постукивание по руке или звуковые раздражители.

Движения глаз

Существует несколько различных видов движений глаз, которые могут быть использованы при ДПДГ-психотерапии. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить тип движений глаз, более всего соответствующий потребностям данного клиента. Кроме того, необходимо обеспечить клиенту комфортные условия при выполнении движений глаз. Психотерапевт ни в коем случае не должен продолжать использование этих движений, если клиент говорит о боли в глазах или беспокойстве, возникающих во время процедуры. Например, некоторые клиенты сообщали об ассоциациях движущейся (при стимулировании движений глаз) руки психотерапевта с воспоминаниями о том, как в детстве их били по лицу родители. В этом случае психотерапевту вместо направляемых движений глаз стоит использовать в качестве стимула постукивание по руке или же звуковые раздражители.

Цель психотерапевта — вызывать движения глаз у клиента от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двусторонние движения следует выполнять с максимально возможной скоростью, но избегать при этом появления чувства дискомфорта. Можно использовать два или больше пальцев как точку фокусировки взгляда клиента. Эта техника позволяет пациенту следить за рукой, не рассеивая внимание на посторонних объектах и избегая отрицательных ассоциаций, вызываемых движениями одного лишь указательного пальца (например, воспоминания о том, как в детстве он получал выговор от взрослых). Психотерапевт может также использовать карандаш, линейку или иной объект для того, чтобы направлять движения глаз пациента. Однако два пальца прекрасно выполняют такую задачу и именно их предпочитают многие клиенты, так как, по их мнению, это обеспечивает оптимальный в данной ситуации психотерапевтический опыт.

Обычно психотерапевт держит два пальца вертикально, с ладонью, обращенной к клиенту, примерно на расстоянии 30—35 см от его лица. Затем клиенту задают вопрос, комфортно ли он себя чувствует. Если ответ отрицательный, то психотерапевт должен определить расстояние до лица клиента и положение

пальцев, при котором пациент чувствует себя более комфортно. Затем психотерапевт показывает направление движений глаз, медленно двигая пальцы горизонтально от правого края визуального поля клиента до левого (или же наоборот) на расстоянии не менее 30 см (см. рис. 7).

При этом психотерапевт должен оценить способность клиента следить за движениями пальцев, происходящими вначале медленно, а потом все быстрее и быстрее до достижения той скорости, которая воспринимается как максимально комфортная. Большинство клиентов предпочитают достаточно большую скорость, хотя для некоторых более эффективными являются как раз медленные движения. Во время такого тестирования многие психотерапевты, прежде чем перейти к концентрации на эмоционально беспокоящем материале, предлагают клиентам сообщать о любых предпочтениях, относящихся к скорости движения, к расстоянию до пальцев, высоте, на которой держится рука и т.п. После того как дисфункциональный материал был определен и избран в качестве предмета воздействия, психотерапевту необходимо обратить внимание на обратную связь клиента в конце каждой серии движений глаз, чтобы оценить, как происходит процесс переработки. Если дисфункциональный материал готов к изменению, а клиент чувствует себя комфортно, может быть определена скорость, с которой должны двигаться пальцы. Если же те или иные из перечисленных условий не соблюдены, то скорость движения руки, направление и частота движений глаз в каждой серии должны быть изменены.

Во время этой подготовительной стадии психотерапевт может обнаружить, что клиенту трудно следить за его пальцами. Подобные затруднения могут проявиться в виде сбоя движений, несанкционированного их начала, остановки или непроизвольных саккадических движений. При этом психотерапевту достаточно попросить клиента просто надавить пальцами на глаза. Это поможет пациенту сформировать у себя чувство динамической связи с задающими направление пальцами психотерапевта и создать ощущение, что он контролирует движение глаз. Результатом будет более плавное слежение за пальцами психотерапевта. Затем можно проверить эффективность диагональных движений глаз, перемещая руку вдоль линии, проходящей через середину лица клиента, справа и снизу вверх и влево (или же наоборот), т.е. от уровня подбородка до уровня противоположной брови (см. рис. 8). После этого психотерапевт снова должен оценить результативность процедуры в отношении легкости и быстроты движений глаз. Если клиенту легче двигать глазами в одном направлении и тяжелее в другом, то необходимо пользоваться более удобным направлением.

**Рис. 8. Диагональные движения руки,
используемые при выполнении ДПДГ**

При других вариантах движений глаза клиента будут двигаться вверх-вниз, по кругу или же в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и могут быть особенно полезными для снижения эмоционального беспокойства или чувства тошноты. Такое направление движения также применяется в случаях, когда клиент предрасположен к головокружению. Если процесс переработки останавливается (что проявляется в отсутствии сообщений об изменении информации после последовательных серий движений глаз), психотерапевт должен попробовать изменить характер движений, изме-

нив их направление. Подобно вертикальным движениям, круговые движения и движения в форме восьмерки во многих случаях оказывают успокаивающее действие.

Продолжительность серий движений глаз также определяется обратной связью со стороны клиента. Первая серия включает в себя 24 двусторонних движения, где перемещение справа налево и затем снова направо представляют собой одно движение. Такая серия позволяет психотерапевту оценить степень комфортности для клиента, предпочитаемую им скорость и способность продолжать сами движения глаз. Во время этой серии клиент может просто наблюдать за своей реакцией или сосредоточиться на упражнении по созданию безопасного места, описанном подробнее в главе 5. Такое же количество движений может быть использовано и в первой серии по переработке. После первоначальной перерабатывающей серии движений глаз психотерапевту следует спросить у клиента: “Что вы сейчас испытываете?” Этот вопрос дает пациенту возможность сообщить о том, что он испытывает, в форме образов, инсайтов, эмоций и физических ощущений. Если клиент проявляет любые признаки увеличения психотерапевтической адаптивности — улучшение самочувствия или проявление новой информации, — то психотерапевт может повторить серию движений глаз в таком же направлении, с той же скоростью и длительностью серии. Психотерапевт должен быть готов к экспериментам для определения наиболее подходящих разновидностей движений глаз. Среднестатистическому клиенту необходима серия из 24 движений для переработки когнитивного материала и достижения нового уровня адаптации. Однако в конечном счете определяющим фактором является реакция конкретного пациента. Некоторым клиентам для переработки материала необходима серия из 36 движений глаз или даже из большего их количества.

Высокая степень эмоционального отреагирования, которую мы подробно опишем в главе 7, обычно требует гораздо большего количества движений на протяжении одной серии, чем это необходимо при работе с чисто когнитивным материалом (например, новые инсайты, увеличивающие глубину понимания).

Некоторые клиенты физически неспособны выполнить более пяти движений глаз подряд — у них нарастает утомляемость глазных мышц. В этом случае они должны быть направлены к окулисту для проведения исследования и получения рекомендаций по выполнению соответствующих упражнений для глаз (с такими клиентами работу можно начинать с серий из двух движений, постепенно увеличивая их количество). Иные пациенты не могут следить за движениями руки из-за высокого уровня тревожности. Некоторые индивиды могут оказаться почти не способными следить за движениями руки или же могут находить для себя эти движения неприятными; в этом случае необходимо использовать способ, при котором используются обе руки (см. рис. 9).

При использовании данного способа психотерапевт помещает свои сжатые в кулаки руки по обе стороны визуального поля клиента, а затем поочередно поднимает и опускает указательные пальцы обеих рук. Клиенту даются указания переводить глаза от одного указательного пальца к другому. Такая форма движений глаз ориентирует внимание, и многие клиенты находят ее для себя гораздо более легкой, чем следящие движения в первоначальной форме процедуры; при этом достигаются такие же психотерапевтические результаты. Однако данная техника не обеспечивает того разнообразия различных форм движений, необходимых, например, в случаях, когда процесс переработки останавливается.

Некоторые клиенты испытывают затруднения с плавными следящими движениями на ранних стадиях переработки. Видимо, когда уровень тревожности понижается, движения глаз становятся более плавными, текучими и их легче поддерживать. Это может доказывать правомерность представлений о взаимном торможении (см. главы 1 и 12) как фактора, влияющего на эффективность лечения. Поэтому, когда психотерапевт намеревается начать направляемые двумя руками движения глаз, при достижении более низкого уровня по Шкале субъективных единиц беспокойства может быть полезным перейти на следящие движения глаз с использованием одной руки.

Альтернативные формы стимуляции

Для клиентов, считающих движения глаз физиологически или психологически дискомфортными, можно использовать альтернативные формы стимуляции (постукивание по руке и звуки), и они могут оказаться вполне эффективными. Постукивание по руке выполняются так: клиент садится, положив на колени руки ладонями вверх. Затем психотерапевт (одним или двумя пальцами) ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серии движений глаз, постукивает по ладоням клиента поочередно: то по правой, то по левой. Для эффективности психотерапии от клиента не требуется намеренно фиксировать каждое из этих постукиваний, однако во время этого процесса иногда возникают спонтанные движения глаз.

При звуковой стимуляции глаза клиента могут быть открыты либо закрыты, а психотерапевт поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха клиента примерно с такой же скоростью, как и при сериях движений глаз. Хотя эти альтернативные формы стимуляции исключают возможность изменения направления, их скорость и интенсивность могут при необходимости меняться. И, конечно же, эти способы дают психотерапевту возможность использовать ДПДГ при работе со слепыми пациентами либо с теми, у кого повреждено зрение. Однако они не обеспечивают высокого уровня обратной связи от клиента, что может быть достигнуто при наблюдаемых движениях глаз.

Я описала здесь лишь две альтернативы технике движений глаз, но можно ожидать, что и другие формы стимуляции (или двойного внимания) окажутся столь же эффективными.

Восемь стадий ДПДГ-психотерапии

ДПДГ-психотерапия состоит из восьми принципиально важных стадий. Количество сеансов, посвященных каждой стадии, так же как и количество стадий, включенных в каждый сеанс ДПДГ, в значительной степени зависят от особенностей конкретного клиента. Первая стадия включает в себя анализ истории болезни и планирование лечения. За ней следует стадия подготовки, во время которой психотерапевт вводит клиента в контекст процедуры, объясняет ему теорию ДПДГ, определяет ожидания в отношении эффекта лечения и готовит его к возможности появления беспокоящих переживаний между сеансами. Третья стадия включает в себя определение цели и основных возможных реакций клиента с использованием Шкалы субъективных единиц беспокойства и Шкалы

соответствия представлений. Четвертая стадия — десенсибилизация — направлена на беспокоящие клиента эмоции. Пятая стадия, стадия инсталляции, нацелена на когнитивное переструктурирование. Шестая стадия, во время которой находятся очаги остаточных напряжений в теле, называется стадией сканирования тела. Затем следует стадия завершения, включающая в себя обсуждение, принципиально важное для поддержания клиента в состоянии равновесия между сеансами. Последняя, восьмая стадия, называется стадией переоценки.

Стадия 1.
История клиента и планирование психотерапии

Первая стадия ДПДГ-психотерапии включает в себя оценивание факторов безопасности клиента и ответственна за отбор пациентов. Основным критерием для определения того, пригодны ли клиенты для ДПДГ-психотерапии, является их способность справляться с тем высоким уровнем беспокойства, который может возникнуть при переработке дисфункциональной информации. Оценивание включает определение уровня личностной устойчивости и жизненных обстоятельств клиента. Например, клиент может столкнуться со значительной напряженностью у себя на работе и не захочет испытывать дополнительные неприятные эмоции от предстоящего процесса переработки травматического материала. В этом случае психотерапевту лучше отсрочить процесс переработки, пока у клиента не снизится напряженность, связанная с обстоятельствами его работы. Кроме того, клиент должен физически быть способным противостоять интенсивным эмоциям. Психотерапевту необходимо оценить потенциальные проблемы, связанные с возрастом клиента, а также с заболеваниями сердца или органов дыхания.

Если клиент признан пригодным для ДПДГ-психотерапии, психотерапевт должен получить информацию, необходимую для разработки плана лечения. Эта часть стадии изучения истории клиента влечет за собой оценивание всей клинической картины, включая дисфункциональное поведение и те его симптомы и характеристики, с которыми необходимо будет иметь дело в процессе психотерапии. Затем психотерапевт выделяет специфические цели, требующие переработки. Эти цели включают в себя события, демонстрирующие патологию в ее динамике, нынешние факторы, стимулирующие дисфункциональный материал, и виды положительного поведения и отношений, необходимых в будущем. Техника ДПДГ может быть использована для переработки информации только после того, как психотерапевт завершит полную переоценку клинической картины и разработает подробный план лечения.

Стадия 2. Подготовка

Стадия подготовки включает в себя установление терапевтических отношений с клиентом, объяснение сущности процесса ДПДГ-психотерапии и его эффектов, определение ожиданий клиента, а также вводную релаксацию и процедуры по созданию безопасной для клиента обстановки. Принципиально важно и то, чтобы психотерапевт четко проинформировал клиента о возможности появления эмоционального беспокойства как во время сеансов ДПДГ, так и после них. Только при соблюдении этих условий клиент будет достаточно информи-

рован, чтобы давать или не давать свое согласие на ДПДГ-психотерапию. Эти предостережения не только предоставят клиенту возможность сделать правильный выбор, но и позволят ему подготовиться к предстоящей психотерапии как в смысле обстоятельств его работы и социальных обязательств, так и в смысле возможности различных эмоциональных потрясений во время ДПДГ. Психотерапевт должен удостовериться, что у клиента есть аудиозапись с упражнениями по направляемой релаксации (например, "Освободись от стресса" — "Letting Go of Stress"; Miller, 1994) и что они практиковали эти упражнения до начала сеансов ДПДГ. Это делается для того, чтобы клиент овладел техникой релаксации и мог использовать аудиозапись, помогающую справляться с любыми проблемами, возникающими в интервалах между сеансами ДПДГ.

Перед тем как начать переработку, психотерапевт должен использовать технику направляемого воображения, описанную в главе 6 (см. раздел, посвященный стадии завершения). Если клиент не может с помощью этих техник снизить степень беспокойства до умеренного уровня, психотерапевту не следует продолжать сеансы ДПДГ. Техники релаксации, подобные упомянутым, необходимы для того, чтобы закончить незавершенный сеанс и помочь клиенту справиться с воспоминаниями и неприятными эмоциями, которые могут проявиться после психотерапии. Неспособность управлять такой ситуацией может лишь увеличивать у клиента страх и затруднять переработку.

Стадия подготовки включает в себя беседу с клиентом о теории ДПДГ и включенных в эту технику процедурах, предлагающую некоторые полезные метафоры для поощрения успешной переработки и объясняющую клиенту, каковы могут быть его реальные ожидания в отношении эффекта лечения.

Во время стадии подготовки психотерапевт должен вместе с клиентом исследовать возможность проявления рентных установок. От чего клиенту необходимо будет отказаться и с чем войти в противодействие, если его патология будет излечена? Если у клиента в этом отношении есть какие-либо ожидания, то они должны быть определены до начала процесса переработки травмы. В эти меры предосторожности должна быть включена разработка плана действий в случае возникновения специфических ситуаций, когда клиенту, быть может, придется искать себе новую работу или же вообще новое место в жизни. Если рентные установки подпитываются чувством низкого самоуважения или иррациональными страхами, то это должно стать первой целью переработки. До тех пор, пока не будут разрешены эти страхи, нельзя ожидать каких-либо иных существенных психотерапевтических результатов.

Стадия 3. Определение предмета воздействия

На этой стадии психотерапевт идентифицирует компоненты цели воздействия и до начала процесса переработки отмечает основные возможные формы отреагирования клиента. После идентификации травматического воспоминания клиенту предлагается избрать образ, который бы лучше всего соответствовал этому воспоминанию. Затем клиент избирает негативные представления, выражающие дисфункциональную или дезадаптивную самооценку, относящуюся к его участию в травматическом событии. Эти негативные убеждения в действительности являются вербализациями беспокоящих эмоций и включают в себя утверждения типа "Я бесполезный человек / не заслуживающий уважения / не достойный любви / оскверненный / плохой". Затем клиент определяет свои по-

ложительные представления, которые позднее будут использованы для замены отрицательных представлений во время пятой стадии — стадии инсталляции. В тех случаях, когда это возможно, утверждения должны быть введены во внутреннюю область контроля (например, “Я достоин уважения / заслуживаю любви / хороший человек / контролирую себя” или “Я могу достичь успеха”). Клиент оценивает соответствие положительного представления с помощью семи баллов Шкалы соответствия представлений. В этот момент происходит соединение образа и отрицательного представления, что необходимо для идентификации эмоций и существующего у клиента уровня беспокойства, который затем измеряется по Шкале субъективных единиц беспокойства. Клиенту предлагается назвать количество баллов, соответствующее интенсивности его эмоций в тот момент, когда он обретает доступ к травматическим воспоминаниям. При начале переработки эмоции и их интенсивность, вероятнее всего, будут изменяться, а степень беспокойства клиента может временно возрастать.

Затем клиент идентифицирует место, в котором сосредоточены физические ощущения, усиливающиеся при сосредоточении на воспоминании о травматическом событии.

Таким образом, эта стадия демонстрирует основные формы отреагирования в отношении травматического воспоминания, избранного в качестве цели, и специфических компонентов, необходимых для завершения процесса.

Стадия 4: Десенсибилизация

Четвертая стадия сосредоточена на негативных эмоциях клиента, отраженных в оценке по Шкале субъективных единиц беспокойства. Эта стадия лечения охватывает все возможные формы реакции вне зависимости от того, увеличивается ли уровень дистресса клиента, понижается или же остается без изменений.

Во время десенсибилизации психотерапевт повторяет серии движений глаз, внося в них при необходимости изменения фокусировки до тех пор, пока уровень беспокойства клиента не снижается до 0 или 1 по Шкале субъективных единиц беспокойства (т.е. до того уровня, который можно назвать “экологически валидным” и приемлемым для клиента при его нынешних обстоятельствах). Это указывает на то, что первичная дисфункциональность, включающая в себя травматическое событие, переработана. Однако переработка при этом завершена не полностью и к травматической информации придется обращаться на следующих стадиях.

Необходимо подчеркнуть, что во многих случаях серии движений глаз (или альтернативных форм стимуляции) недостаточно для полной переработки. Примерно в половине случаев процесс переработки травматической информации останавливается, и психотерапевту необходимо привлекать различные дополнительные стратегии и продвинутые стимулирующие процедуры ДПДГ, для того чтобы снова начать переработку. Это описывается подробно в главе 7 и 10.

Стадия 5. Инсталляция

Пятая стадия лечения называется стадией инсталляции, так как она сфокусирована на установлении положительного самопредставления, определенного клиентом, и на увеличении его силы, для того чтобы оно могло заменить собой

отрицательное самопредставление. Так, например, клиентка может начать процесс с воспоминания о сексуальных домогательствах и с отрицательного самопредставления “Я бессильна”. Во время пятой стадии лечения может быть установлено положительное самопредставление “Сейчас я контролирую себя”. Значительность эффекта лечения (т.е. насколько сильно клиентка может поверить в положительное представление) измеряется с помощью Шкалы соответствия представлений.

Стадия инсталляции начинается, когда у клиента уровень эмоций, связанных с избранным в качестве цели переживанием, падает до 0 или 1 по Шкале субъективных единиц беспокойства. Тогда психотерапевт предлагает клиенту сосредоточиться на наиболее приемлемом для него положительном представлении одновременно с избранным в качестве цели травматическим воспоминанием. Затем продолжаются серии движений глаз, пока уровень положительного представления клиента не достигнет 6 или 7 по Шкале соответствия представлений. Следует помнить, что клиенту необходимо оценивать уровень положительного представления, основываясь на том, что он интуитивно “ощущает нутром”.

Наиболее подходящим положительным представлением может быть то, которое клиент идентифицирует во время стадии определения предмета воздействия, или же то представление, которое спонтанно возникло во время успешных серий движений глаз. Даже если новое положительное представление не возникает, психотерапевты обычно отмечают, что у клиентов уровень оценки первоначального положительного представления по Шкале соответствия представления увеличивается в конце стадии десенсибилизации. Поэтому необходимо продолжать серии движений глаз (в то время как клиент сосредоточивается на положительном представлении и на избранном в качестве цели травматическом событии) для достижения максимально возможного усиления положительного представления. В то время как отрицательные образы, мысли и эмоции обычно становятся более рассеянными, диффузными и менее валидными с каждой новой серией движений глаз, положительные образы, мысли и эмоции становятся более яркими. Поэтому серии движений глаз должны продолжаться для укрепления уверенности клиента и его чувства доверия к себе.

Измерение по Шкале соответствия представлений чрезвычайно важно для определения дальнейшей работы, которую необходимо проделать для завершения психотерапевтического сеанса. Например, если клиент сообщает, что по Шкале соответствия представлений уровень снизился ниже 7 баллов после двух серий движений глаз, психотерапевт может спросить, является ли такой уровень соответствия представлений приемлемым. Клиент может ответить: “Я не могу оценить соответствие представлений в 7 баллов, так как не верю в крайности” или же: “Мне надо посоветоваться с братом”.

Эти утверждения соответствуют не вызывающим ассоциаций убеждениям клиента и не указывают на наличие какой-либо патологии; следовательно, можно начинать следующую стадию процесса лечения. Однако клиент может высказывать и отрицательные убеждения — например: “Я не заслуживаю того, чтобы быть в полной мере счастливым”. Поскольку такое негативное убеждение будет препятствовать завершению инсталляции положительного представления, оно должно быть избрано в качестве цели ДПДГ-психотерапии. Конечной целью является установление устойчивого и полностью валидного положительного самопредставления, которое будет повышать уровень самоэффективности и самоуважения клиента.

Связывание положительного представления с избранным в качестве цели травматическим воспоминанием усиливает ассоциативные связи и при возникновении воспоминания о первоначальном травматическом событии оно будет возвращаться в сознание уже в сопровождении нового, прочно связанного с ним положительного представления — например: "Все миновало, сейчас я в безопасности". По мере того как клиент будет сосредоточиваться на положительном представлении, оно будет привноситься в связанную с целью сеть памяти, где это положительное представление сможет объединяться с ассоциированным материалом.

Сам факт существования отрицательных представлений указывает на то, что травматическое событие является мощным определяющим фактором в жизни индивида — чем-то таким, что не может быть адекватно ассимилировано. Для неразрешенных травм характерны негативные перспективы в отношении самоконтроля и обретения силы, — подобные перспективы могут проявляться в различных формах на протяжении всей жизни индивида. В противоположность этому, для полной переработки травматической информация характерно обретение доступа к памяти, включая адаптивную перспективу, дополненную положительным представлением и соответствующими эмоциями. Стадия инсталляции сосредоточена на усилении позитивной самооценки клиента, что является принципиально важным моментом для достижения положительного психотерапевтического эффекта.

Стадия 6. Сканирование тела

После того как положительное самопредставление полностью утверждено, клиенту предлагают удерживать в сознании как избранное в качестве цели травматическое событие, так и положительное самопредставление и при этом сканировать сверху вниз все свое тело. Ему предлагают идентифицировать любое остаточное напряжение, проявляющееся в форме ощущений в теле. Такие ощущения избираются затем в качестве цели для последовательных движений глаз. Во многих случаях после этого напряжение просто исчезнет, хотя иногда будет вскрыта дополнительная дисфункциональная информация. Идентификация остаточных физических ощущений и избрание их в качестве цели на этой стадии ДПДГ-психотерапии может помочь разрешению любой информации, оставшейся непереработанной. Данная стадия очень важна, и она может вскрывать те области напряжения или сопротивления, которые ранее были скрыты.

Стадия 7. Завершение

Клиента необходимо возвращать в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка (обзор техник завершения сеанса дается в главе 9). Кроме того, жизненно важно, чтобы в конце каждого сеанса клиент получал правильные инструкции. Для этого психотерапевт должен напоминать пациенту, что беспокоящие образы, мысли или эмоции, возникающие в интервалах между сеансами, являются доказательствами дополнительной переработки и все это можно считать положительным признаком. Клиенту напоминают, что он должен вести специальный дневник и записывать в него все отрицательные мысли, ситуации, сно-

видения и воспоминания. Это позволит клиенту когнитивно дистанцировать себя от эмоционально беспокоящих проявлений. Пациенту предлагается сделать как бы “моментальный снимок” каждого из беспокоящих факторов, чтобы использовать это в качестве цели во время следующих сеансов. Использование дневника с личными записями и техник визуализации, которым клиента обучит психотерапевт, либо аудиозаписи для релаксации (о чем будет подробно идти речь в главах 5 и 9) является чрезвычайно важным для поддержания устойчивого состояния между сеансами. Если психотерапевт не обсудит все это с клиентом, то существует опасность декомпенсации или даже суицидальных попыток, которые могут произойти в том случае, если клиент станет придавать беспокоящим эмоциям слишком большое значение или рассматривать их как признак того, что ему постоянно причиняется вред. Психотерапевт должен позаботиться о том, чтобы у клиента были реалистические ожидания в отношении отрицательных (и положительных) ответных реакций, как во время лечения, так и после его завершения. Эта информация усиливает вероятность того, что клиент будет сохранять уравновешенность перед лицом возможных беспокоящих переживаний, порождаемых стимулированием дисфункционального материала. Здесь может проявляться “эффект домино”, стимулирующий другие негативные воспоминания по мере продолжения процесса переработки.

Стадия 8. Переоценка

Переоценка должна проводиться перед началом каждого нового сеанса. Психотерапевт обеспечивает повторное обращение клиента к ранее переработанным целям и оценивает возникающую у него реакцию для определения того, сохраняются ли у клиента эффекты лечения. Необходимо спросить, какие чувства тот испытывает в отношении материала, избиравшегося ранее в качестве предмета воздействия, а также изучить записи в дневнике клиента, чтобы определить, отражается ли это на уже переработанной информации и есть ли необходимость снова использовать ее в качестве цели или же следует избрать новую цель. Психотерапевт может решить избрать в качестве цели новый материал, но делать это необходимо только после того, как произойдет полная интеграция травм, подвергавшихся лечению ранее.

Природа интеграции определяется в терминах интрапсихических факторов, так же как и в рамках системного подхода. Завершение переработки травм может привести к новым формам поведения клиента, что потребует от психотерапевта обращения к проблемам, которые могут возникнуть в связи с этим в семье клиента или в его социальном окружении. Стадия переоценки проводится с помощью различных протоколов, применяемых в технике ДПДГ, и полного психотерапевтического плана лечения. Успешность лечения может быть определена только после достаточной оценки поведенческих эффектов и последствий переработки.

Стандартный протокол ДПДГ

Стандартная процедура ДПДГ происходит во время каждого сеанса переработки, в то время как стандартный протокол ДПДГ направляет общий процесс лечения клиента. Каждый сеанс по переработке должен быть направлен на оп-

ределенную цель. Общие типы целей определены в стандартном протоколе следующим образом: (1) прошлый опыт, являющийся основой патологии, (2) существующие в настоящее время обстоятельства или факторы, которые вызывают беспокойство, и (3) планы будущих действий. Все специализированные протоколы ДПДГ (в том числе и те, которые необходимы для случаев работы с фобиями или соматическими расстройствами) связаны с протоколом стандартного типа.

Выбор цели

При лечении жертвы отдельной травмы прежде всего необходимо избрать цель и предмет воздействия. В случае же лечения жертвы многочисленных травм, психотерапевту необходимо объединить травматические события в кластеры, т.е. группы родственных событий, после чего найти в каждой группе наиболее типичный случай и избрать его в качестве цели воздействия для этой группы событий. Результатом переработки такого типичного случая обычно является достижение эффекта генерализации, позволяющей позитивным эффектам лечения распространиться и на все другие ассоциативно связанные события. Когда психотерапевт предлагает клиенту определить десять наиболее беспокоящих его воспоминаний, это позволяет рассортировать их и объединить прошлый опыт в цели, с которыми можно работать. Оценивая по Шкале субъективных единиц беспокойства каждое событие и распределяя их по степени возрастания тревожности, психотерапевт и клиент могут совместно решить, какие именно воспоминания должны быть избраны в качестве первоначальной цели ДПДГ-психотерапии.

Решение о том, начинать ли первый сеанс с высшего или с низшего уровня дистресса, зависит от предпочтений психотерапевта и от оценки клиента. Некоторые психотерапевты считают, что переработку необходимо начинать с события, имеющего наиболее низкую оценку по Шкале субъективных единиц беспокойства, так как это позволяет клиенту добиться изменений травматического материала и достигать разрешения, испытывая при этом минимальный дистресс. Возникающее чувство достижения успеха дает клиенту уверенность при работе с более трудным и вызывающим большую тревожность материалом. Хотя такая стратегия вполне разумна, психотерапевты зачастую обнаруживают, что избранное в качестве предмета воздействия событие с низким уровнем беспокойства ассоциативно связывается с памятью о других событиях и приобретает большую степень тревожности, что может приводить клиента в уныние и вызывать у него ощущение, что он не готов к дальнейшей переработке.

В своей практике я предпочитаю (если на это согласен клиент) избирать в качестве цели в первую очередь наиболее беспокоящие события. Я объясняю такой подход тем, что клиент готовится к самому худшему и к наиболее высокой степени дистресса, поэтому в дальнейшем для него уже не будет никаких сюрпризов. Кроме того, клиенты при этом часто испытывают чувство достижения успеха. Они не только ощущают, что освободились от самого худшего, но и понимают, что это худшее было не настолько ужасным, как они себе представляли. Более того, они разрешают свои наиболее травматические воспоминания, и это означает, что последующие сеансы будут более легкими. Такая переработка часто является результатом эффекта генерализации и общего снижения беспо-

койства. При этом клиенты сообщают, что на протяжении следующей недели их чувство страха и тревожность значительно снизились.

Как уже отмечалось, некоторые клиенты испытывают значительное эмоциональное беспокойство в промежутках между сеансами, в особенности если переработка произошла не полностью и они подвергаются воздействию множественных травм, что вызывает высокую степень дистресса. Поэтому первоначальную цель (предмет) воздействия необходимо избирать, исходя из готовности клиента и устойчивости его состояния (подробнее см. главу 4). ДПДГ нельзя использовать в работе с клиентами, не способными выдерживать высокий уровень эмоционального беспокойства, у которых не установились соответствующие психотерапевтические отношения с врачом.

В своих попытках достичь разрешения травмы психотерапевт должен избирать в качестве цели следующее: 1) воспоминания о действительно произошедшем событии; 2) любые другие тягостные воспоминания, даже если они отличаются от действительно происходившего травматического события; 3) любые образы ночных кошмаров; 4) любые факторы — например, определенного рода звуки, — возвращающие чувства страха и замешательства, связанные с ранее пережитой травмой. Такими факторами могут быть раздражители, вызывающие дисфункциональные образы, представления, эмоции или чувства, вне зависимости от того, будут ли это тягостные воспоминания во всем своем объеме или же частичные проявления дисфункционального материала. Психотерапевты должны работать с каждым из этих факторов по отдельности. Те из их, которые относятся к обусловливанию второго порядка, могут стать не зависящими от иных источником беспокойства. Таким образом, для достижения положительного разрешения травматического опыта в качестве цели должен поочередно избираться каждый из четырех названных элементов.

Цели, подходящие для переработки с помощью ДПДГ, включают в себя любые проявления дисфункциональной информации. Например, одной из чаще всего используемых и наиболее полезных целей является повторяющееся кошмарное сновидение. Клинические наблюдения показывают, что когда такое кошмарное сновидение избирается в качестве цели (предмета) воздействия, то психотерапевтический эффект достигается даже в том случае, если клиент первоначально не уверен в том, что именно означает это сновидение. Часто с помощью ДПДГ раскрывается символический покров сновидения и за ним обнаруживается жизненный опыт, создающий дискомфорт. Модель ускоренной переработки информации предполагает, что фаза сна с быстрыми движениями глаз является как раз тем периодом, когда бессознательный материал всплывает для переработки. Появление образов ночных кошмаров соотносится с существующим у клиента уровнем аффекта и когнитивной оценки. Когда степень беспокойства достаточно высока, сама фаза сна с быстрыми движениями глаз прерывается, а вызывающий беспокойство материал так и остается не ассимилированным.

Если образ ночного кошмара избирается в качестве цели во время сеанса ДПДГ, он рассматривается как связующее звено с той сетью памяти, в которой хранится предшествовавший этому образу травматический материал. Это связующее звено делает такой материал доступным для психотерапевтического воздействия и достижения разрешения. Например, женщина — жертва сексуального насилия описывала ночной кошмар, в котором за ней по пещере гналось чудовище. Она не могла понять значение своего сна, но тем не менее ис-

пытывала сильное чувство страха и опасности. Когда этот образ был избран в качестве цели ДПДГ, клиентка сообщила, что по мере последовательных серий движений глаз образ спонтанно изменился и она увидела своего насильника-отчима, преследующего ее по коридорам того дома, где клиентка жила в детстве. Этот новый образ стал доступным для дальнейшей переработки. В иных случаях образ кошмарного сновидения просто рассеивается без понимания его природы и достижения каких-либо инсайтов.

Вне зависимости от уровня инсайта, обретаемого в том случае, если образ сновидения с его повторяющейся кошмарной сценой был избран в качестве цели и переработан, само сновидение больше не возвращается. Некоторые психотерапевты приводят позаимствованные из личных записей клиентов сообщения о том, что в качестве целей в последующих сеансах могли быть использованы любые беспокоящие сновидения. Не вызывавшие беспокойства сновидения, в которых разрешение достигалось еще до пробуждения (например, победа в борьбе), вероятно, уже успешно переработаны и поэтому в качестве цели воздействия их можно не избирать.

Паттерны ответной реакции

Клинические наблюдения показывают, что примерно 40% времени клиенты испытывают прогрессирующие изменения, тяготеющие к разрешению избранного в качестве цели травматического события. Разновидности этих изменений указывают на то, что переработка затрагивает все аспекты травматических воспоминаний и может развиваться многочисленными путями. В конце каждой серии движений глаз клиент может сообщать об изменениях в избранном в качестве цели воспоминании или о переходе к другому воспоминанию. Клиенты говорят о том, что новые воспоминания всплывают во время выполнения серии движений глаз практически мгновенно, оставаясь затем на протяжении всей серии; в иных случаях такие воспоминания выходят на поверхность только при завершении движений. Воспоминания могут проявляться только в форме визуальных образов, или же включать в себя мысли, голоса, запахи, эмоции и телесные ощущения. Иногда клиент может испытывать эти элементы лишь как тень первоначального события, а иногда отдаваться полноценному отреагированию.

Для изучения того, какие типы изменений указывают на происходящую переработку, полезно было бы вернуться к идее о том, что сети памяти ассоциативно связаны каналами информации. Избранное в качестве цели травматическое воспоминание может быть одним из многих компонентов, хранящихся в том или ином отдельном канале. Когда начинаются движения глаз и информация продвигается по ассоциативным каналам памяти, в сознании всплывают новые воспоминания. Они могут появляться у клиента в виде вспышек (когда событие внезапно оказывается в центре внимания), или же как своего рода коллаж из многих событий, или в форме ощущений в теле. Не имеет значения, в каких именно субъективных формах проявляется информация по мере продолжения переработки — клиенту необходимо просто предлагать выполнять следующую серию движений и концентрироваться на своем воспоминании.

Приводимый далее перечень показывает те типы ответной реакции, которые могут проявляться у клиентов в процессе переработки. Психотерапевтам необходимо тщательно фиксировать ответные реакции клиентов, так как они указывают на то, можно ли продолжать переработку или же следует прибегнуть к

продвинутым стимулирующим способам психотерапевтического вмешательства, существующим в технике ДПДГ (см. главу 7). Если ответная реакция клиента не указывает на необходимость этого, то психотерапевт может продолжать серии движений глаз, по мере того как у клиента будут возникать новые ассоциации.

Многообразие возможных ассоциаций, связанных с избранным в качестве цели событием, показано на рис. 10.

Первые шесть типов ассоциативных каналов создают связь отдельных событий, объединенных между собой общей нитью, а седьмой канал указывает на перемещение информации (образа или инсайта), заключенной в отдельном событии и избранной в качестве цели.

После завершения серии движений глаз может возникнуть воспоминание об ином происшествии, ассоциативно связанном с избранным в качестве цели травматическим событием. У нас нет возможности узнать до начала переработки, какими именно могут быть эти ассоциации. Однако каждый тип ассоциаций связан с одной из многочисленных преобладающих нитей. С психотерапевтической точки зрения нельзя сказать, что какой-то один паттерн ассоциаций предпочтительнее других, так как любой из этих типов ассоциативной ответной реакции может приводить к достижению положительного разрешения травматического материала, уникального для каждого индивидуального клиента.

Ассоциативная переработка множественных воспоминаний

Убеждения, связанные с травмой

Возникающие воспоминания могут быть объединены неким преобладающим убеждением, связанным с избранным в качестве цели травматическим событием. Так, например, воспоминание об автомобильной катастрофе может оказаться связанным с воспоминанием о сексуальном насилии, поскольку оба этих события объединены общим убеждением "Я бессилен". Переработка может вскрыть как те, так и другие события, проявляя центральное воспоминание, вызывающее у клиента наибольшее беспокойство, если в качестве цели избирается, например, чувство бессилия на рабочем месте. Довольно часто психотерапевты могут признавать важность дисфункциональных убеждений, определяя при этом, какие именно воспоминания связываются здесь воедино. Такое открытие может быть полезным для разработки более совершенного плана лечения, но обычно психотерапевту приходится откладывать обсуждение материала с клиентом до тех пор, пока часть психотерапевтического сеанса, связанная с движениями глаз, не будет завершена.

Напомним, что ассоциации обычно основаны на переживаниях клиента. Вероятность возникновения воспоминаний, не связанных тем или иным образом с целью, мала. Однако психотерапевт должен позволить клиенту естественно подойти к осознанию значения связи (общей связующей нити негативного убеждения), а не подталкивать его к идентификации с этим убеждением на ранних стадиях переработки. Вне зависимости от того, признает ли клиент связь между своими отрицательными представлениями и воспоминаниями, во время стадии инсталляции будет происходить когнитивное переструктурирование.

Основной участник или виновник

Избранные в качестве цели воспоминания могут быть связаны с новыми воспоминаниями, в свою очередь, связанными с общим образом виновника события, как это обычно и бывает. Например, сексуальные домогательства со стороны отца клиентки могут ассоциироваться со случаем, когда отец ударил ее, и с тем, что в других случаях отец не уделял ей внимания. Переработка этих ассоциаций поможет клиентке “закрыть незавершенное дело”, связанное с попытками насилия со стороны отца. Часто попытки насилия со стороны родителей создают проблемы, которые потом возникают с теми или иными авторитетными персонами, а также недостаток самоуважения и т.п. Когда связанные с отцом воспоминания будут однажды переработаны, клиентка начнет спонтанно реагировать на текущие ситуации по-иному (например, в случаях, относящихся к проблеме самоутверждения на работе).

Очевидные раздражители

Возникающие воспоминания могут соотноситься с первичным раздражителем, связанным с травматическим событием. Например, при переработке воспоминания о землетрясении ветеран войны во Вьетнаме может внезапно вспомнить что-либо о боевых действиях, если в обоих событиях преобладал звук падающих предметов или сильный грохот. Хотя часто бывает довольно трудно отделить эмоции (такие, как страх) или представления (типа “Я бессилен”) от какого-либо внешнего фактора, может возникать целая вереница ассоциаций, первоначально связанная сенсорными факторами, выступающими затем во время переработки в роли связующего звена, так как в них присутствует дисфункциональный аффект, относящийся к реакции клиента на стимул. То, что эта реакция носит дисфункциональный характер, проявляется в высоком уровне как эмоций, так и содержащегося в них отрицательного самопредставления.

Специфическое событие

Возникающие дополнительные воспоминания могут быть связаны с избранным в качестве цели воспоминанием в силу самой природы травматического события. Например, когда случай изнасилования избирается в качестве цели у жертв многократных травматических случаев, то может проявиться последовательная цепь воспоминаний о других случаях изнасилований. Естественно, эти воспоминания несут в себе такое же отрицательное представление и эмоции, как и избранный в качестве цели случай, и основной связующей нитью является сам факт изнасилования. То же самое относится к отдельным воспоминаниям о сексуальных домогательствах в детском возрасте, возникающих во время переработки, когда в качестве цели избираются другие формы сексуального насилия. Необходимо осознавать и то, что жертва многократных случаев сексуальных домогательств или изнасилований может чувствовать себя перегруженной воспоминаниями о многочисленных случаях нападений, возникающими во время психотерапевтического сеанса. Следует быть особенно внимательным к таким клиентам, заботиться о создании у них чувства безопасности и успокаивать их тем, что они всегда смогут при необходимости отдохнуть. Процедурные шаги,

посвященные тому, как это сделать, описаны в главе 5, а дополнительная информация о работе с клиентами такого типа представлена в главе 11.

Преобладающие физические ощущения

Необходимо помнить, что физические ощущения, пережитые во время травматического события, хранятся в нервной системе и могут составлять основную нить ассоциативно связанных последствий. Так, например, одна клиентка пережила в детстве случаи физического насилия: мать имела привычку привязывать ребенка за руки к кровати и избивать рукояткой метлы. Когда женщина перерабатывала это воспоминание, то преобладающим физическим ощущением было давление в области рук и запястий. Следующее воспоминание, возникшее в сознании, было связано со случаем сексуального домогательства и включало в себя физическое ощущение, когда отец заставил ее взяться руками за его пенис. Это воспоминание сменилось образом одного из насильников, державшего ее руки во время нападения. Финальное воспоминание было связано с пробуждением после операции — клиентка, привязанная к кровати в больничной палате, кричала от боли, не понимая, что происходит. Эти последовательные воспоминания раскрыли для пациентки, что причиной ужаса, испытанного в больнице, было чувство насилия и опасности, ассоциирующееся с давлением на запястья.

Преобладающие эмоции

Возникающие воспоминания могут быть объединены первичной эмоцией, относящейся к травматическому событию. Например, переработка воспоминания о финансовом крахе своего дела, вызвавшем чувства отчаяния и безнадежности, может сопровождаться более ранним воспоминанием о случае, когда родители оставили пациента одного и он переживал такие же эмоции. Хотя можно найти представление, связывающее эти два события, первичными для клиента являются переполняющие его эмоции; давать этим эмоциям когнитивную оценку для пациента нет никакой необходимости.

Напомним еще раз, что задача психотерапевта состоит в том, чтобы гармонизировать все проявления эмоционального дистресса, которым подвергается клиент во время переработки. Так, пациентка, перерабатывающая ряд последовательных воспоминаний, вызывающих чувство сильного отчаяния и безнадежности, — или же (в том случае, если она является жертвой многократных изнасилований) на ментальном уровне снова проходящая через все происходившие в ее жизни травматические случаи, — испытывает такое чувство, как будто на нее наезжает поезд. Психотерапевт должен немедленно реагировать на любые сигналы клиента о том, что тот нуждается в остановке и отдыхе. Такая реакция не только увеличивает возможности клиента в любой момент сказать "нет" и усилить чувство, что ситуация находится под контролем, но и еще раз подчеркивает, что именно клиент в конечном счете решает, когда именно необходимо остановить переработку и отдохнуть. Однако психотерапевт должен отметить, что, если жертва изнасилования говорит во время переработки "Стоп", она может вербализовать сейчас то, что говорила или хотела сказать насильнику, и именно на это были направлены ее мысли во время травматического события, воспоминания о которых сейчас вышли на поверхность. Если слова "Нет" и

“Стоп” обращены к насильнику, то они должны быть избраны в качестве цели для дальнейших серий движений глаз. Если же эти слова обращены к психотерапевту, то они означают, что движения глаз должны быть прекращены до тех пор, пока клиент не пожелает продолжить переработку. Во избежание смешивания этих двух случаев необходимо предложить клиентку подавать знак рукой, выражающий желание остановить процесс. Если у психотерапевта возникают сомнения, ему необходимо остановить переработку и задать клиентке вопрос о происходящем.

Эффект переработки единичного воспоминания

Переработка часто сопровождается возникновением новых воспоминаний, и психотерапевту необходимо отметить для себя, что иногда эти новые воспоминания выходят на поверхность лишь на некоторое время на протяжении серии движений глаз, а затем снова возвращаются к первоначально избранному в качестве цели травматическому воспоминанию. В иных случаях в сознании не возникает никаких новых воспоминаний и сохраняется только избранное в качестве цели событие. Бывает и так, что цель может перемещаться на иные воспоминания, остающиеся затем в сознании на протяжении большей части сеанса. Во всех подобных случаях (когда отдельное событие продолжает сохраняться при последующих сериях движений глаз) психотерапевт может определять цель по другим признакам успешного прохождения процесса переработки.

Одним из таких признаков является сообщение клиента об изменении или сдвиге в любом из пяти отдельных аспектов воспоминания: образе, звуках, представлении, эмоциях или физических ощущениях. Хотя все аспекты события постоянно изменяются (и принципиальное изменение в представлении обычно коррелирует с изменением в физических ощущениях и эмоциях), клиент может обнаружить, что в его сознании преобладает какой-то один аспект. При этом клиента необходимо поощрять к вербализации любых таких аспектов. В тот момент, когда изменение становится очевидным, психотерапевт должен помнить, что клиента нельзя вырывать из процесса, спрашивая о том, что он не сообщает спонтанно сам.

Изменения в образе

Образ избранного в качестве цели события может смениться образом другого, ассоциативно связанного события, или сместиться на другие аспекты того же самого события. Однако образ может изменить и свое содержание или форму проявления. При изменении содержания образ хитрого или злобного лица может смениться на образ лица улыбающегося; оружие в руках насильника может исчезнуть и т.п. Образ может изменить формы своего проявления путем смещения перспективы, расширения сцены события или включения в нее большего количества деталей. Например, клиент восстановил воспоминание о встрече, на которой он был подвергнут унижению, но сначала он видел только лицо оскорбившего его коллеги. По мере продолжения переработки сцена расширилась, как будто раскрылись некие шторы. На расширившейся сцене клиент увидел других людей с более приятным выражением лиц. В этом примере интересно отметить, что такая самоутверждающая информация также была скрыта в нерв-

ной системе клиента. Однако ранее к этой информации не было доступа, предположительно потому, что лицо сотрудника ассоциировалось с определенным уровнем доминирующего аффекта (тревожность и унижение). Когда дисфункциональная информация была переработана, был получен доступ ко всем ассоциативно связанным сетям памяти. После лечения этот клиент восстановил возможность видеть не только лицо унизившего его человека, но и другие, положительные детали, так что когда ему предложили восстановить образ, тревожность уже больше не доминировала и он спонтанно увидел расширенную сцену воспоминания.

Успешность переработки можно считать очевидной, когда клиент сообщает о других изменениях в проявлении образа. Общая картина может расшириться или же, наоборот, уменьшиться и принять неясные очертания; она может стать тусклой и серой, переместиться ближе или дальше; иногда может полностью скрыться. Точную природу этих изменений мы не можем предвидеть. Клиенты, которые должны давать точный отчет о каком-либо событии в полиции или в суде, должны быть предупреждены, что после лечения они, возможно, уже не смогут восстановить в полной мере картину события. У некоторых клиентов может возникать замешательство или беспокойство, когда картина события начинает исчезать. Они часто говорят при этом: “Наверное, я сделал что-то не так — я не могу вернуть обратно картину события”. Психотерапевту необходимо уверить клиента в том, что все происходящие по мере переработки изменения естественны и если пациент утратил картину события, ему необходимо просто думать о случившемся вне зависимости от того, что при этом возникает у него в уме.

Некоторые клиенты испытывают беспокойство, когда картина события начинает исчезать, боясь, что так они утратят и приятные воспоминания или же полностью забудут о том случае, который произошел с ними. Таких клиентов необходимо заверить, что избранное в качестве цели событие не будет полностью забыто, а приятные события и эмоции никогда не утрачиваются при ДПДГ-психотерапии. Им необходимо объяснить, что дисфункциональная информация была “переварена” и превращена в более полезные формы и что все изменения связаны со способом хранения информации в нервной системе, а вызывающие беспокойство картина или эмоции больше не будут преобладать.

Любые изменения в образе, о которых сообщает клиент, являются признаками процесса переработки информации, и субъективная природа этих изменений не требует, чтобы психотерапевт задавал клиенту какие-либо вопросы. Иными словами, не имеет значения, больше стала картина или меньше, или появляется ли она теперь перед клиентом размытой.

Если психотерапевт отмечает какие-либо признаки изменений, он знает, что процесс переработки происходит. И простого утверждения “Кажется, что-то изменилось” будет вполне достаточно. Психотерапевт должен избегать задавать клиенту вопросы об этих изменениях. Попытка дать детальное описание картины события или природы неопределимого изменения может нарушить процесс переработки, препятствуя достижению положительного результата.

Изменения в звуках

Голоса людей в воспоминании клиента, избранном в качестве цели и предмета воздействия, могут становиться тише или полностью исчезать. В одном из

примеров клиентка сообщала, что избранное событие включало в себя крик ребенка; через несколько серий движений глаз она сказала, что крик полностью исчез. Подобным же образом звуки стрельбы и взрывов могут усиливаться или ослабевать по мере продолжения переработки.

Клиенты обычно сообщают об изменениях в звуковых компонентах избранного в качестве цели или предмета воздействия воспоминания, когда переработка связана с образами преступников, родителей или других лиц в различных вариантах социального окружения. Если происходит переработка конфликтной ситуации на работе, могут изменяться воспоминания о неприятном диалоге и клиент начинает спонтанно использовать новые, более утверждающие выражения, в то время как сотрудник, с которым связан конфликт, начинает выбирать при беседе более вежливые и почтительные слова. Во время серий движений глаз клиент часто начинает вербально отстаивать себя перед родителями, злоупотреблявшими своей властью. Психотерапевт должен подбадривать клиента, чтобы тот повторял эти защищающие утверждения либо про себя, либо вслух, до тех пор пока они не станут ощущаться достаточно сильно. Такая вербализация часто может приводить к значительному прорыву у тех пациентов, которые зафиксировались на своей детской роли, исполненные почтения к родителям и другим авторитетным фигурам.

Вместе с проявлением образа клиенты могут спонтанно вспоминать слова, услышанные во время травматического события, так же как и промелькнувшие у них в это время мысли. Человек, выросший в семье, где английский не был основным языком, при переработке ранних воспоминаний может вдруг заговорить на своем родном языке. Если клиент начинает говорить на иностранном языке, которого вы не знаете, предложите ему просто думать об этом и продолжайте серии движений глаз. Хотя клиент может говорить на языке своего детства, он продолжает понимать указания, даваемые по-английски.

Изменения в представлениях

Часто уровень понимания у клиента возрастает от одной серии движений к другой. По мере переработки информации представления пациента могут стать психотерапевтически более адаптивными. Однако до того, как информация будет полностью переработана, представления не будут полностью адекватными. Говоря метафорически, пока поезд не достигнет последней остановки, он не прибудет в место своего назначения. По мере движения поезда, т.е. в процессе переработки, в паузах между сериями движений глаз будет оставаться определенный дисфункциональный материал, нуждающийся в дальнейшем воздействии, и психотерапевт должен не поддаваться искушению исследовать то или иное информационное плато, так как в этом случае процесс может застопориться. По мере того как клиент сообщает о происходящих изменениях, психотерапевту следует направлять его, чтобы он просто думал о представлениях, вербализованных во время предыдущей серии движений глаз.

Периодически клиент может проявлять противоположную реакцию, когда в начальные моменты переработки происходит внезапный переход от отрицательного представления к положительному. В рамках информационно-перерабатывающей модели это явление может быть проинтерпретировано как изменение в нервных сетях от конфигурации типа “нет” до конфигурации типа “да”. Иначе говоря, клиент может начать процесс переработки со слов: “Со

мной что-то не так" — в отношении социальной ситуации, а после выполнения серии движений глаз он может начать думать: "У меня все прекрасно". Когда происходит такой поворот, можно предполагать, что клиент достиг конца ассоциативного канала памяти. Тогда психотерапевт должен направить его обратно к первоначальному узлу (избранному в качестве цели воспоминанию) и продолжать переработку. Иногда при этом могут раскрываться дополнительные дисфункциональные каналы, а иногда нет.

Изменения в эмоциях

По мере переработки воспоминаний интенсивность ассоциирующихся с ними эмоций уменьшается. Однако необходимо помнить, что уровень эмоций может драматически возрастать перед тем, как воспоминание достигнет своего адаптивного разрешения. В ходе изменения уровня эмоций, как его повышения, так и понижения, происходит переработка информации. Когда эмоции являются преобладающим элементом в воспоминании, психотерапевт может использовать Шкалу субъективных единиц беспокойства для оценивания степени изменений.

Однако необходимо помнить, что иногда этого измерения может быть недостаточно. У многих происходят изменения характера эмоций (например, от чувства горя к гневу), а также изменения их интенсивности. Когда человек испытывает различные эмоции, уровень субъективных единиц беспокойства может повышаться (тревожность на уровне 3 единиц может переходить в печаль на уровне 7 единиц), понижаться или оставаться неизменным. Психотерапевт должен быть внимателен ко всем новым эмоциям, возникающим во время сеанса, чтобы при необходимости идти навстречу интересам клиента. Например, некоторые формы вербальной и невербальной поддержки человека, испытывающего приступ крайнего гнева, принципиально отличаются от поддержки, необходимой клиенту, испытывающему страдание или отчаяние.

Клиенты часто сообщают о прогрессирующих изменениях по направлению к эмоциям, более валидным для них. Это изменение будет проявлять себя как движение через различные "слои" эмоций (например, от чувства вины к ярости, от ярости к страданию, от страдания к принятию). Каждый клиент реагирует на происходящее уникальным образом, но иногда не возникает никаких специфических эмоциональных состояний. Хотя у одних индивидов отреагирование происходит с высокой эмоциональной интенсивностью, у других переработка может протекать с весьма незначительными внешними проявлениями.

Изменения в физических ощущениях

Когда происходит переработка воспоминания, большинство клиентов испытывают проявления этого процесса на соматическом уровне. Ощущения в теле могут быть связаны с эмоциями, переживаемыми во время переработки (например, повышение частоты пульса и напряжение в животе ассоциируются со страхом). Иногда телесные ощущения во время переработки соответствуют тем ощущениям в теле, которые были во время первоначального травматического события (как, например, в том случае, когда клиентка, которую в детстве привязывали за руки к кровати, испытывала напряжение в кистях рук во время пере-

работки этого воспоминания). И наконец, ощущения в теле могут быть неспецифическим физическим отражением дисфункциональных представлений.

Переработка может соматически проявляться в форме избавления от физических ощущений; клиент может испытывать снижение их интенсивности с каждой серией движений глаз. Изменения могут сводиться к снижению частоты пульса или каким-либо иным проявлениям, которые можно проследить до самого первоначального переживания. В качестве примера приведем случай с клиентом, подвергавшимся жестокому наказанию: мать обжигала ему руки, прикладывая их к раскаленной печи. При переработке первоначальное обжигающее ощущение было пережито заново так же ярко, как в прошлом. Однако с каждой серией движений глаз этот человек чувствовал, как интенсивность ощущений снижалась. Необходимо помнить, что хотя клиент может испытывать лишь неопределенные и смутные физические ощущения в начале сеанса ДПДГ-психотерапии, интенсивность этих ощущений в любое время может возрасти.

Физические ощущения, испытываемые во время ДПДГ-психотерапии, свидетельствуют о том, что процесс переработки информации действительно происходит. Поскольку физические ощущения во время травматического события зафиксированы в нервной системе, стимулирование травматической информации может переживаться в той части тела, где они локализировались первоначально (посредством афферентной/эфферентной нервной системы). Такая стимуляция, так же как и любые другие болезненные ощущения, может казаться присутствующей в определенной части тела, которая была повреждена, но сам болевой центр при этом, конечно же, расположен в мозге.

Хотя теоретически мы объясняем здесь все это как сохранение ощущений в нервных сетях, повторное переживание воспоминания (происходящее в случае отреагирования) при отсутствии соответствующей подготовки может быть пугающим как для клиента, так и для психотерапевта. Индивид, испытывающий дистресс при рестимулировании боли, сопровождавшей физическое нападение, должен находиться в комфортных условиях на протяжении всего сеанса, и ему необходимо постоянно напоминать о том, что в настоящее время он вне опасности. Если же сам психотерапевт испытывает дискомфорт от того, что клиент переживает сильные эмоции и физические ощущения высокой интенсивности, то он не должен работать с техникой ДПДГ. Это предупреждение особенно важно, так как клиент может быть еще больше травмирован в том случае, если психотерапевт проявляет страх или отвращение по отношению к его реакции во время переработки.

Признаком переработки информации может быть также перемещение места расположения телесных ощущений. Например, клиент в начале процесса отмечает напряженность в области желудка, но с каждой серией движений глаз это ощущение воспринимается как перемещающееся вверх (к груди, горлу или голове). Психотерапевт при этом должен направлять клиента, просто предлагая ему думать о новом месте расположения ощущения, не пытаясь удостовериться, что именно напоминает испытываемое чувство, и не требуя описания того, что это чувство означает. Многие клиенты воспринимают физические ощущения так, будто они находятся в голове. Эти переживания должны подвергаться психотерапии не как некие метафорические образования, а как действительные физические ощущения. Психотерапевт должен направлять клиента, чтобы тот сосредоточил свое внимание на всех частях тела, в которых в настоящее время локализируются ощущения, не задавая при этом вопросов о том, где эти ощуще-

ния были во время предыдущих серий движений глаз. Кроме того, если клиент говорит о головокружении, болезненных ощущениях или тошноте или же если после двух серий движений нет никаких изменений в ощущении, психотерапевту необходимо изменить направление движений глаз, чтобы изменить физические ощущения.

Хотя физические ощущения, возникающие в процессе ДПДГ, можно считать подходящей целью для последующих серий движений глаз, психотерапевт должен руководствоваться здравым смыслом. Некоторые физические ощущения в действительности могут быть результатом тех или иных проблем, существующих в настоящий момент. Конечно, сердечный приступ может произойти и во время ДПДГ-психотерапии, так же как во время пения в хоре. Однако и с таким предостережением всегда необходимо считаться, в особенности при работе с людьми пожилого возраста.

Когда клиент сообщает о боли в глазах, серии движений глаз должны быть приостановлены и пациенту необходимо обратиться к врачу-окулисту, чтобы тот дал рекомендации, какие именно типы движений глаз могут выполняться во время ДПДГ. Движения глаз должны сразу же прекращаться при появлении болезненных ощущений. В таком случае движения глаз могут быть заменены альтернативными стимулами.

Различные эффекты

Упомянутые изменения описаны здесь для того, чтобы дать общее представление о том, чего можно ожидать в ходе сеанса ДПДГ. Поскольку техника ДПДГ не является строго регламентированным подходом, то не может быть и двух одинаковых психотерапевтических сеансов. Психотерапевты должны быть внимательны и изменять ход процедуры в любое время, приспосабливая его к нуждам клиента, избегая восприятия техники ДПДГ как некого соревнования в быстрейшем достижении результатов. Они должны быть готовы использовать свои собственные умения по созданию раппорта и все клинические возможности для поддержки клиента. Эффективность ДПДГ в большой мере зависит как от качества этого путешествия, так и от определения правильного направления.

Практика под наблюдением

Инструкторы, обучающие технике ДПДГ, могут изъявить желание наблюдать за проходящими обучение психотерапевтами при выполнении ими практических упражнений, что позволит практиковаться в вызывании и формировании отрицательных и положительных представлений в различных ситуациях разыгрывания ролей. Для многих психотерапевтов эта часть процесса ДПДГ является довольно трудной. Перечень типичных представлений включен в Приложение I, и это поможет как психотерапевтам, так и клиентам обучиться процессу формирования представлений. Данный перечень может быть также полезен обучающимся технике ДПДГ в использовании различных типов движений глаз и альтернативных форм стимулирования. Предполагается, что психотерапевт разберется во всем этом, прежде чем будет пытаться использовать ДПДГ в клиническом сеансе по переработке.

Итоги и выводы

Психотерапевтические эффекты ДПДГ основаны на способности избирать в качестве цели дисфункциональный материал и приобретать к нему доступ. Первоначально избираемые в качестве цели проявления этого материала включают образ, отрицательное представление и физические ощущения, ассоциирующиеся с травматическим событием. Основные меры включают в себя идентификацию стимулируемых эмоций, оценивание по Шкале субъективных единиц беспокойства для определения интенсивности беспокойства и оценивание по Шкале соответствия представлений, показывающее, насколько клиент верит в желаемые для него положительные представления. Переработка избранного в качестве цели материала начинается с того, что клиент сосредоточивается на соответствующем стимуле (движении глаз, постукивании по руке или на звуках), одновременно удерживая в сознании объединенные вместе элементы цели (образ, представление и физическое ощущении). Переработка происходит во время последовательных стимулирующих серий движений глаз, изменяющихся по мере обсуждения процесса с клиентом, совершаемом для определения следующей цели.

Конечная цель ДПДГ-психотерапии состоит в вызывании ускоренной переработки информации. Первая стадия наступает тогда, когда клиент признается подходящим кандидатом для прохождения ДПДГ и включается в план лечения. На второй стадии клиента готовят к любым трудностям, которые могут проявиться у него во время сеансов или между ними. Третья стадия, стадия оценки, сосредоточена на выборе цели и определении ее компонентов и параметров. На протяжении этой стадии психотерапевт проводит стимулирующие серии движений глаз. Четвертая стадия, стадия десенсибилизации, сосредоточена на состоянии беспокойства, оцениваемом по Шкале субъективных единиц беспокойства. Когда эта работа завершается, начинается стадия инсталляции, сосредоточенная на установлении и усилении положительного. На шестой стадии оставшаяся переработка дополняется любым новым материалом, возникающим при сканировании тела. Седьмая стадия — завершение — возвращает клиента в состояние эмоциональной уравновешенности. Клиенту напоминают о потенциальных возможностях переработки, существующих между сеансами. Во время обсуждения клиенту предлагают записать все сопутствующие ДПДГ формы беспокойства в журнал и использовать разнообразные техники релаксации для достижения относительного состояния покоя. Восьмая, последняя стадия — стадия переоценки определяет качество достигнутых психотерапевтических эффектов.

Применение техники ДПДГ для лечения травматических воспоминаний, ответственных за появление патологических симптомов, включает в себя группирование событий по кластерам и затем избрание в качестве цели не только наиболее значимых и представительных воспоминаний из каждого кластера, но также ночных кошмаров и существующих в настоящее время иных травматических факторов. Активация присущей клиенту самоисцеляющей системы переработки травматической информации может быть совершена с минимальным клиническим вмешательством. По мере переработки психотерапевтические эффекты оцениваются по сообщениям клиентов и появлению новых воспоминаний, подчиненных паттернам сетей ассоциативной памяти, связанных общими обстоятельствами, намекающими на травму (определенные убеждения клиента,

участники события или связанные с травмой ощущения). Когда на протяжении сеанса отдельное воспоминание восстановлено, психотерапевтические результаты оцениваются по качеству изменений в образе, звуке, представлениях, эмоциях и физических ощущениях.

4. СТАДИЯ ПЕРВАЯ: АНАМНЕЗ ТРАВМЫ

Любопытный парадокс состоит в том, что, когда я воспринимаю самого себя просто таким, какой я есть, я приобретаю возможность измениться.

Карл Роджерс

В этой главе мы рассмотрим первую стадию ДПДГ-психотерапии, связанную с анамнезом травмы и определением того, что ожидает для себя клиент от ДПДГ, а также обсудим разработку психотерапевтического плана лечения.

Готовность клиента

ДПДГ подходит не для всякого клиента. Психотерапевту необходимо тщательно собрать подробную информацию об истории болезни клиента, чтобы выяснить, насколько он пригоден для ДПДГ-психотерапии, а также определить психологические потребности клиентов во время сеансов и после них. Важно помнить о том, что потребности каждого клиента и индивидуальные формы ответной реакции уникальны. Чтобы принимать компетентные решения, психотерапевт должен быть восприимчивым к любым видам переживаний, возникающих у клиента в процессе переработки информации после начала ДПДГ-психотерапии, которые он может испытывать не только в кабинете психотерапевта, но и в интервалах между сеансами.

Стимулирование информации, связанной с травматическим воспоминанием клиента, привносит в сознание различные ее компоненты. При этом на поверхность выходит диссоциированная информация, а также многие из эмоций и ощущений, испытываемых во время первоначального травматического события. У клиента все это может вызывать чрезвычайно сильный дистресс. Если ускоренная переработка при ДПДГ-психотерапии проводится правильно, она будет приводить дисфункциональную информацию к разрешению гораздо быстрее, чем традиционные формы психотерапии. Однако психотерапевт должен правильно оценить готовность клиента и его способность вскрыть эту информацию и противостоять ей. Кроме того, психотерапевт должен удостовериться в том, сможет ли он провести клиента через все беспокоящие переживания, которые могут возникнуть при лечении травмы.

Важным качеством техники ДПДГ является то, что переработка информации продолжается *после* сеанса, хотя и с меньшей скоростью. Поэтому клиент может испытывать определенный дискомфорт между сеансами ДПДГ, когда новые воспоминания стимулируются и проявляются в сознании или в подсознании. Здесь может быть полезна метафора с рядом пластинок домино, падающих при толчке: по мере того как каждое воспоминание стимулируется и перерабатывается, оно может ассоциативно вызывать новые воспоминания. Таким образом, по мере того как каждое воспоминание стимулируется, оно может высвобождать беспокоящие образы и эмоции. Для того чтобы лечение было успешным, клиент должен быть способным справляться с любыми эмоциями — отчаянием, безнадежностью, уязвимостью и т.п., — ассоциативно связанными с воспоминанием.

У нас нет возможности заранее предсказать, как именно клиент будет перерабатывать конкретное событие. Ответная реакция может находиться в диапазоне от умеренных эмоций до полномасштабного отреагирования. Используя технику ДПДГ, мы определяем отреагирование (абреакцию) как повторное переживание подвергнутого стимуляции воспоминания, сопровождаемое высоким уровнем беспокоящих эмоций. Образы, мысли, эмоции и физические ощущения могут привноситься в сознание, по мере того как информация перерабатывается при ДПДГ. При отреагировании эмоции и физические ощущения будут особенно сильными, — возможно, столь же сильными, как и при первоначальном травматическом событии. Однако техника ДПДГ не оставляет после себя тягостных воспоминаний, так как клиент подготовлен таким образом, что у него существует двойная фокусировка внимания, при которой одновременно осознается и беспокоящее событие, происходившее в прошлом, и безопасность обстановки в настоящее время. Это достигается путем постановки двойной задачи — сосредоточения внимания одновременно на предмете воздействия и на пальцах психотерапевта.

Физические ощущения могут быть пугающими для клиента в силу своей интенсивности. Так, например, одна из клиенток рассказывала, что в детстве она с мальчиком играла в ковбоев и индейцев. Во время игры мальчик поймал ее, одел на шею петлю и повесил на дереве. К счастью, это увидела мать, подбежала к дереву и перерезала веревку — еще мгновение, и девочка задохнулась бы. Когда начался процесс ДПДГ-психотерапии, клиентка стала издавать звуки, характерные для удушья, цвет ее лица изменился и было ясно, что у нее действительно возникли затруднения с дыханием. В этом случае переработка была успешно завершена, но психотерапевту при определении факторов безопасности клиента необходимо постоянно помнить о возможности проявления подобных форм ответной реакции. И даже если проявления травматического воспоминания незначительны, может произойти быстрое перемещение к иному воспоминанию, обладающему высоким эмоциональным зарядом. При психотерапии с помощью погружения, используемой в поведенческом подходе, и клиент, и психотерапевт ожидают, что целевое воспоминание будет в значительной степени беспокоящим, и оба готовятся к последствиям этого. Отличительным признаком ДПДГ-психотерапии является ускоренная переработка информации с ее потенциальной возможностью быстрого вскрытия неожиданного материала, часть которого может вызывать очень большую степень дистресса. Поэтому готовность клиента должна оцениваться очень тщательно.

Факторы безопасности клиента

Данные факторы являются принципиально важными при создании безопасных условий для клиента и должны тщательно оцениваться, чтобы определить, подходит ли клиент для ДПДГ-психотерапии.

Уровни раппорта

Клиент должен чувствовать себя комфортно, зная, что у него есть возможность переживать незащищенность, утрату контроля и любые физические ощущения, связанные с травматическим воспоминанием. Клиенты должны быть го-

товы рассказывать психотерапевту правду о том, что они испытывают. Раскрывать подробности травматического события нет необходимости, однако пациенты должны быть в состоянии переживать в присутствии психотерапевта любые эмоции, точно сообщая об их природе и интенсивности. Иногда — из-за недостаточного доверия, высокой восприимчивости или желания избежать дальнейшего соприкосновения с болезненным материалом — клиент будет говорить о низком уровне дистресса, стремясь преждевременно закончить сеанс. В этом случае он, скорее всего, столкнется с дискомфортными переживаниями между сеансами и будет вынужден иметь дело с вызывающим отреагирование материалом без соответствующей клинической поддержки. Клиент подвергаются гораздо большему риску оказаться под влиянием суицидальных идей и предпринять попытку самоубийства в том случае, если испытывают высокую степень беспокойства, скрывая это от психотерапевта. Хотя все это справедливо при любых формах психотерапии, потенциальная возможность возникновения дополнительного беспокойства между сеансами ДПДГ-психотерапии подчеркивает необходимость большого доверия между клиентом и психотерапевтом, а также принятия соглашения о необходимости говорить только правду. Психотерапевт должен всячески показывать клиенту, что тот находится в безопасности, демонстрировать свою гибкость и внимательность.

С клиентами, имеющими травматический опыт, связанный с различными формами насилия, перед началом психотерапии необходимо провести особенно подробную беседу, поскольку у таких людей обычно есть проблемы с чувством своей безопасности и доверием. До тех пор пока такие клиенты не будут чувствовать себя комфортно с психотерапевтом при взаимодействии в русле традиционной разговорной психотерапии, не следует применять технику ДПДГ.

Эмоциональное беспокойство

Клиенты должны иметь возможность противостоять высокому эмоциональному беспокойству, которое может проявиться во время сеансов ДПДГ или в промежутке между ними. Для того чтобы проверить эту способность клиента, перед тем, как травматический материал будет избран в качестве цели воздействия, мы настоятельно рекомендуем, чтобы психотерапевт во время сеанса по изучению истории клиента выяснил, способен ли тот к самоконтролю и владеет ли техниками релаксации. Психотерапевт должен опробовать у себя в кабинете все многообразие этих техник применительно к данному клиенту и переходить к ДПДГ только в том случае, если с помощью этих техник клиент сможет снизить уровень своего беспокойства до приемлемого.

Если же избранный в качестве цели воздействия материал переработан на протяжении сеанса не полностью, то обязательно необходимо провести адекватное обсуждение (описанное в главе 6). Чтобы помочь клиенту достичь эмоциональной уравновешенности, психотерапевт использует техники направляемой визуализации или гипноз. Поскольку психотерапевт не может предсказать заранее, каким именно будет уровень беспокойства между сеансами, полезно обучать клиентов техникам самоконтроля перед тем, как начинать ДПДГ-психотерапию. Можно также рекомендовать использовать аудиозаписи между сеансами (например, “Освободись от стресса” — “Letting Go of Stress”; Miller, 1994). Некоторые из таких техник релаксации будут описаны в главе 9, и их можно использовать, чтобы достичь завершения в тех сеансах, где иным путем

это не удается. Такие техники должны использоваться клиентами и в повседневной жизни, принося им облегчение в тех случаях, когда переработка, спонтанно происходящая в период между сеансами, создает эмоциональное беспокойство.

Если же клиент не может использовать техники самоконтроля, то ДПДГ-психотерапия не должна применяться. Психотерапевтам необходимо экспериментировать с различными альтернативными методами, стремясь добиться того, чтобы клиент смог существенно понизить уровень беспокойства. Неспособность снизить уровень беспокойства может, как оправдание, добавляться к страху, испытываемому клиентом, когда при переработке достигается дисфункциональный материал, что будет препятствовать проявлению положительных эффектов психотерапии.

Стабильность

Жизненно важным является достижение клиентом личностной стабильности. У некоторых индивидов после ДПДГ-психотерапии нередко бывают суицидальные идеи, например у жертв многократных сексуальных домогательств, тревожность которых особенно высока. С такими клиентами особенно важно провести правильное обсуждение, а первоначальное оценивание готовности должно включать в себя выяснение его способности помнить данные во время обсуждения инструкции и при необходимости обращаться за помощью.

Уровень стабильности окружающей обстановки также чрезвычайно важен. Психотерапевт не должен пытаться перерабатывать другие травмы, если клиенты в настоящее время подвергаются сильному давлению жизненных обстоятельств (например, переживают семейный или социальный кризис, проблемы с деньгами или с карьерой) и могут быть просто не способными справиться с дополнительным беспокойством, порождаемым процессом переработки.

Конечно, психотерапевту при этом необходимо определить, действительно ли прежние травмы не связаны с сегодняшними жизненными обстоятельствами. Клиенты, постоянно находящиеся в состоянии кризиса, могут подталкиваться к этому предыдущим жизненным опытом, который необходимо разрешить, прежде чем пытаться помочь им освободиться от сегодняшних проблем. При этом важно определить, какие именно травматические воспоминания ответственны за существующую дисфункциональность и, следовательно, требуют переработки с помощью ДПДГ, а какие являются для этого кризиса побочными, случайными и могут быть отброшены.

Формы экзистенциальной поддержки

Клиенты должны получать определенную поддержку со стороны друзей и членов семьи, которые могли бы позаботиться о них во время беспокоящих состояний, возникающих между сеансами. Если клиент живет изолированно или же сам заботится о ком-то, не имея возможности получить поддержку от окружающих, то психотерапевту необходимо начинать переработку с большой осторожностью. Прежде всего психотерапевтам необходимо определять, способны ли их клиенты поддерживать себя психологически, или же для того, чтобы они

чувствовали себя комфортно, необходимо подбадривать их по телефону по мере возникновения потребности в помощи.

Общее физическое здоровье

Клиент должен быть достаточно здоров, чтобы противостоять физическим трудностям при переработке воспоминаний. В приведенном ранее примере с удушьем клиентке во время психотерапии было около тридцати лет и она была достаточно сильна, чтобы противостоять возможным физическим последствиям. Однако если бы ей было семьдесят лет и у нее были проблемы с сердцем, то у нас возникли бы серьезные сомнения в ее способности противостоять физическому давлению, проявляющемуся при переработке травмы. Именно по этой причине некоторые ветераны второй мировой войны проходят сейчас ДПДГ-психотерапию в стационарных условиях.

Необходимо также принимать во внимание и потенциальные последствия эмоций, возникающих, например, у беременной женщины во время ДПДГ. Хотя у нас пока нет сообщений о серьезных физических последствиях в таких случаях, лучше помнить об этом предостережении. Когда любые физические проблемы, в том числе связанные с дыханием или с сердцем, являются частью общей клинической картины, необходимо проконсультироваться с врачом о возможных негативных последствиях бурных эмоциональных реакций.

От амбулаторной консультации до стационарного лечения

Характер травматических воспоминаний должен быть правильно оценен, для того чтобы определить, какие из них могут быть переработаны амбулаторно, а какие требуют стационарных условий. Например, когда один из пациентов перерабатывал воспоминания об “околосмертном” переживании, у него остановилось дыхание. К счастью, ДПДГ проводила медсестра психиатрической клиники, где было все необходимое для реанимации. В другом случае клиент был помещен психиатром в стационар. Во время переработки воспоминаний о пытках электрическим током он начал корчиться от боли и биться в конвульсиях на больничной кровати так, как будто его снова било током. Психиатр сумел продолжить работу с ним в такой ситуации и завершить процесс переработки, но совершенно очевидно, что все это было бы гораздо более травматическим для них обоих, если бы происходило не в обстановке клиники. Психотерапевтам всегда необходимо оценивать возможные потребности в соответствующих ограничениях или в использовании медикаментов, если они занимаются лечением пациентов, страдающих от шизофрении, активной наркотической или алкогольной зависимости, от воспоминаний об “околосмертном” опыте или физических травмах, а также в случаях, когда есть сомнения, касающиеся суицидальных тенденций, личностной устойчивости или отсутствия соответствующей жизненной поддержки. Если у клиента есть какие-либо проблемы, потенциально опасные как для него самого, так и для других, помещение его в стационар можно считать просто необходимым.

Неврологические нарушения

У нас нет данных о вреде, причиненном клиентам, страдающим от неврологических расстройств. Однако, хотя модель ускоренной переработки информации предполагает лежащие в ее основе определенные физиологические процессы, психотерапевты должны быть чрезвычайно внимательны к любым проявлениям отклонений от нормы — как в истории болезни клиента, так и в неврологическом аспекте, а также к возможности наличия органических повреждений мозга. Приводятся сообщения (Rothbaum, 1992), что клиенты, испытавшие в недавнее время зависимость от кокаина, не получили никакой пользы от ДПДГ-терапии; однако в этом случае неясно, имели ли положительный эффект альтернативные формы стимуляции (заметными признаками отсутствия такого эффекта была метаболическая анормальность орбитофронтального кортекса). О противопоказаниях в применении ДПДГ для клиентов, страдающих расстройствами, связанными с дефицитом внимания или гиперактивностью внимания, сообщений не поступало.

Существует тенденция уменьшения степени генерализации при лечении клиентов, страдающих органическими нарушениями мозга и по этой причине нуждающихся в избрании в качестве цели воздействия большего, чем обычно, количества травматических воспоминаний. Хотя техника ДПДГ использовалась вполне эффективно с клиентами, проявлявшими широкий диапазон неврологических жалоб, приступать к психотерапии пациентов такого типа следует с осторожностью. Дело в том, что могут быть некоторые формы повреждения мозга, не вызывающие ни явных реакций, ни острого дискомфорта во время сеансов ДПДГ. В этих случаях всегда необходимо консультироваться с врачом, чтобы выяснить, связаны ли подозрения психотерапевта с действительными физиологическими факторами, в том числе с неврологическими нарушениями, отражающими проблему клиента. Психотерапевты, пытающиеся применять ДПДГ с такими индивидами, должны иметь большой опыт в работе с широким диапазоном эффектов ДПДГ, чтобы распознавать любые анормальные реакции, в случае проявления которых сеанс должен прерываться.

Эпилепсия

Хотя с помощью ДПДГ успешно было вылечено большое количество клиентов, страдающих эпилепсией, мы рассмотрим ряд предостережений, которые необходимо учитывать при работе с любыми пациентами, у которых есть неврологические нарушения.

Мне известны лишь два случая с клиентами, испытывавшими эпилептический приступ (оба раза незначительный) во время сеанса ДПДГ. В одном случае само воспоминание, подвергавшееся переработке, было связано с эпилепсией; клиентка пришла в себя через пять минут, умылась, и сеанс был завершен без дальнейших инцидентов. (Отметим, что это был единственный эпилептический приступ у этой клиентки, прошедшей более дюжины сеансов ДПДГ.) Другой клиент также пережил небольшой эпилептический приступ во время сеанса ДПДГ, но после завершения курса психотерапии эпилептические приступы больше никогда его не беспокоили. Клиенты, страдающие эпилепсией, должны быть предупреждены о возможности эпилептического приступа до начала психотерапии.

Заслуживает упоминания и случай с клиенткой, страдавшей эпилепсией и прошедшей успешное лечение от посттравматического синдрома; она пыталась самостоятельно применять движения глаз каждый раз, когда чувствовала приближение приступа. Пациентка обнаружила, что движения глаз давали ей возможность избежать приступа.

Проблемы со зрением

Есть несколько сообщений о клиентках с повреждениями зрения, ослепших в результате применения движений глаз. Это произошло в практике психотерапевта, не достаточно подготовленного к использованию ДПДГ. Хотя клиенты неоднократно жаловались на боли в глазах, психотерапевт, не обладавший знанием о возможных эффектах ДПДГ, продолжал проводить серии движений глаз. *Помните, что, если клиент говорит о боли в глазах, использование техники ДПДГ ни при каких обстоятельствах не должно продолжаться*. В этом случае клиента следует направить к врачу-окулисту, который даст рекомендации о том, какого рода движения глаз может выполнять этот человек. Только специалист может оценить, в какой мере клиент способен выполнять эти движения, и вынести решение о желательности их использования.

Некоторые индивиды не способны продолжать движения глаз из-за усталости глазных мышц. Их также следует направить к окулисту для исследования и, если они будут признаны пригодными, получить инструкции об упражнениях для глаз, увеличивающих силу мышц, необходимую для продолжения движений глаз при ДПДГ.

Клиенты, пользующиеся контактными линзами, должны принести с собой футляры для линз, чтобы во время сеанса линзы можно было снять при первых же признаках пересыхания глаз или раздражении. Многим клиентам лучше избегать использования ДПДГ в то время, когда они носят контактные линзы.

Если движения глаз не могут быть применены, то психотерапевту необходимо использовать альтернативные формы стимуляции, такие как постукивание по руке или звуки (эти альтернативные стимулы были описаны в главе 3).

Наркотическая и алкогольная зависимость

Клиенты, в клинической истории которых есть зависимость от различных веществ, должны получать соответствующую поддержку типа участия в программе “Двенадцать шагов”*, и только после этого начинать ДПДГ-психотерапию. Хотя некоторые клиенты легко отказываются от своей зависимости и потребности в тех или иных веществах во время лечения, у других пациентов, наоборот, потребность в предмете их зависимости возрастала предположительно по причине активации беспокоящего психологического материала. Пока не ясно, отражает ли это возрастание потребности в предмете химической зависимости попытку своего рода лекарственного лечения стрессового материала, возникающего в процессе стимуляции старого желания. В любом случае психотерапевтам необходимо быть особенно внимательными к клиентам подобного типа, обсуждая с ними потенциальные проблемы и принимая меры предосторожности против потенциального обострения зависимости.

Как уже отмечалось, помимо движений глаз эффективными могут оказаться иные формы стимуляции, — в частности, в случаях недавней кокаиновой зависимости. Клиент, ежедневно употреблявший амфетамин на протяжении предыдущих двадцати пяти лет, во время сеанса ДПДГ пришел в такое сильное возбуждение, что потребовалась госпитализация. Психотерапевты должны быть особенно осторожны при работе с лицами с долгосрочной зависимостью от амфетамина*.

Требования, связанные с судебным разбирательством

Если жертвы преступления, свидетели или служащие полиции проходят лечение, связанное с критическим инцидентом, то принципиально важно определить, будут ли от этого человека в дальнейшем требовать судебных показаний под присягой или же какие-либо другие специфические формы судебных показаний. Это связано с тем, что во время ДПДГ-психотерапии образ события может поблекнуть, стать неотчетливым или полностью исчезнуть. Хотя клиент сохранит возможность рассказывать о том, что происходило, у него уже может не быть возможности давать яркое и подробное описание событий. В иных случаях клиент после ДПДГ сохраняет возможность приводить более подробное описание и видеть картину события даже более ясно. Однако невозможно заранее узнать, как именно будет происходить переработка травматического события у данного клиента. Следовательно, когда происходит (или может быть начато) судебное разбирательство, от всех его участников, проходящих психотерапию, обязательно необходимо получить согласие. Психотерапевты должны объяснять клиенту, что: 1) после ДПДГ может быть утрачена возможность получить яркую картину события; 2) клиент может утратить возможность эмоционально излагать событие (это может создавать проблемы, если на суде требуется эмоциональный свидетель); 3) хотя ДПДГ не является гипнозом, с точки зрения суда статус этой техники пока еще не определен и в конечном счете суд может относиться к ДПДГ как к чему-то, что сравнимо с гипнозом. Известны случаи, когда жертвы сексуальных домогательств, проходивших клиническое лечение с применением гипноза, после этого могли утратить право преследовать преступника в судебном порядке. Кроме того, показания, полученные в гипнотическом состоянии, не признаются судом. Во время написания этой книги было известно только два случая связи ДПДГ-психотерапии с судебным разбирательством (см. главу 11), поэтому психотерапевты должны быть очень предусмотрительны и получать от клиента информированное согласие. Можно предположить, что наличие видеозаписи интервью с клиентом, сделанное до начала лечения, может быть весьма полезно для целей судебного разбирательства. Например, такая видеозапись может удостоверять, как ребенок — жертва сексуального домогательства — точно идентифицирует личность насильника и важные подробности события еще до начала применения техники ДПДГ. Однако в некоторых случаях такой видеозаписи бывает недостаточно для того, чтобы суд вынес решение задержать преступника. Многие клиенты принимают решение не проходить ДПДГ-психотерапию до тех пор, пока судебное разбирательство по их делу не будет завершено.

Контроль со стороны социальной системы

Так же как и при любых других формах психотерапии, лечение с помощью ДПДГ оказывает влияние не только на самих клиентов, но и на их семьи и друзей. По мере того как происходит переработка дисфункциональной информации и возникает новая самооценка, поведение клиента изменяется. Когда клиенты становятся открытыми к принятию новых решений, они должны быть обучены соответствующим навыкам — например, справляться с проблемами, связанными с людьми, или новыми ситуациями, или с своей карьерой. В процессе лечения психотерапевты уже должны были организовать для клиентов соответствующую поддержку или группы тренинга. Клиенты, проходящие ДПДГ-психотерапию, могут перерабатывать травматический материал необычайно быстро, и они должны быть подготовлены к возможному сопротивлению со стороны коллег, членов семьи или друзей. Если клиент настаивает на том, что он остается в опасном для него окружении, где вновь обретенная уверенность в себе может быть вредна (например, в случае подвергающейся побоям жены, продолжающей жить со своим мужем-алкоголиком), то с ним необходимо обсудить все потенциальные проблемы и предложить новые пути самовыражения.

Клиенты, находящиеся в дисфункциональных социальных отношениях (где они могут получить преимущества, если будут демонстрировать свою уязвимость), должны быть предупреждены о необходимости избегать таких отношений, по крайней мере непосредственно после переработки травмы. По этой причине лечение клиентов, находящихся в заключении, во многих случаях противопоказано из-за давления на них со стороны самой социальной системы.

Рентные установки

Особое внимание необходимо уделять оценке возможных положительных последствий лечения. Клиенты могут организовать всю свою жизнь вокруг патологии, и эта возможность должна учитываться при ожидании изменений от лечения с помощью ДПДГ. Психотерапевту необходимо определить, от чего клиенту придется отказаться в том случае, если лечение начнется и окажется успешным, а также выяснить, обладает ли он достаточной внутренней устойчивостью и возможностями, для того чтобы справиться с этими изменениями в своей жизни.

Рассмотрим эту проблему на примере некоторых ветеранов войны во Вьетнаме. Более двадцати лет назад наши восемнадцатилетние парни были посланы на войну. Против своей воли они оказались в ужасных обстоятельствах, в том числе приобщились к наркотикам. После возвращения домой вместо распростертых объятии и заботы они часто встречали презрение и подвергались остракизму. Им, страдавшим на протяжении двадцати пяти лет от тягостных воспоминаний, ночных кошмаров и навязчивых мыслей, мы сегодня предлагаем лечение с помощью ДПДГ, заявляя: “Мы освободим вас от тягостных воспоминаний, кошмаров и навязчивых мыслей, а также от вашей неспособности контролировать себя”. Присутствующий у ветерана страх (который на сознательном уровне он может отвергать) лишиться пособия и стать бездомным вполне можно понять. Если не принять во внимание эти последствия, то дисфункциональность такого ветерана, возможно, останется неразрешенной. Поэтому психотерапевту необходимо учитывать эти (и другие) соображения при разработке пла-

на лечения еще до начала психотерапии ветерана, получающего денежную компенсацию или же специальные формы медицинской помощи.

Страх утраты социальной идентичности также необходимо принимать во внимание. Многие ветераны говорят: "Кем бы я был, если бы я не был инвалидом войны во Вьетнаме?" Ветераны могут опасаться утратить то чувство товарищества, которое связано с причастностью к другим членам своей группы, также нуждающимся в лечении. Они могут опасаться, что если их эмоциональные страдания уменьшатся, то к ним перестанут относиться с должным уважением. Изучение всех этих соображений перед началом работы над травмой в высшей степени желательно. Факторы, непосредственно относящиеся к ветеранам войны, будут более полно рассмотрены в главе 11.

Страх утраты идентификации с группой себе подобных относится и к некоторым жертвам сексуальных домогательств. Они могут испытывать страх перед лечением, так как осознают, что если их страдания уменьшатся, они больше не будут в такой степени чувствовать свою причастность к другим пострадавшим. И наконец, клиенты, проходившие лечение уже на протяжении многих лет, могли основать всю свою систему социальной идентификации вокруг факта собственной дисфункциональности; в том случае, если лечение будет успешным, этим индивидам придется искать новую форму причастности к иной социальной группе.

Время

Формы эмоциональной реакции клиентов и интенсивность их беспокойства в период между сеансами значительно колеблются. У нас нет возможности точно предсказать эти реакции до того, как начнется процесс переработки. Поэтому важно оценить текущие изменения в ситуации клиента (и психотерапевта) для уменьшения возможных проблем. Например, лучше не применять ДПДГ перед тем, как клиентке предстоит важная презентация на работе, так как после терапии она может быть рассеянна, обеспокоена и не сможет действовать с максимальной эффективностью.

Поскольку у нас нет возможности узнать, в какой мере остаточный дисфункциональный материал будет сохраняться в конце сеанса, а также в какой мере ассоциативная переработка будет продолжаться спонтанно, необходимо позаботиться о предотвращении высоких уровней дистресса, возможного в том случае, если у клиента не будет достаточной психологической поддержки. Если, например, пациент собирается предпринять путешествие за город или же если психотерапевт предписал ему двухнедельный отпуск, то не следует начинать переработку основной травмы.

Психотерапевты должны объяснять клиентам, что ДПДГ может повлечь за собой эмоционально интенсивную внутреннюю работу и что ни важные свидания, ни напряженная деятельность не должны планироваться сразу же после психотерапевтического сеанса. Рабочее расписание клиента должно быть приведено в соответствие с этими требованиями. Если это невозможно, то переработка травмы противопоказана.

Психотерапевт на протяжении каждого сеанса должен предусматривать адекватное время для переработки травматических воспоминаний и достижения желаемого завершения. Можно рекомендовать проводить первоначальный анализ истории клиента в отдельном 50-минутном (или более длительном) сеансе, а по-

следующую работу над травматическими воспоминаниями с помощью техники ДПДГ проводить на протяжении 90-минутных сеансов. По обычным стандартам это довольно долго, но только 90-минутный сеанс может предоставить адекватное время для выполнения стадий с третьей по седьмую и для полной переработки травмы. Сеанс длительностью не менее 90 минут необходим и для того, чтобы была возможность адекватно обратиться к наиболее дистрессовым аспектам воспоминаний. Если отдельная травма излечивается достаточно быстро, то на протяжении одного сеанса может происходить обращение к нескольким воспоминаниям.

Как уже упоминалось ранее, если травма переработана в недостаточной степени, у клиента может оставаться относительно высокий уровень беспокойства, который может сохраняться или даже возрастать в период между сеансами. Вне зависимости от длительности сеанса ни при каких обстоятельствах клиент не должен покидать кабинет психотерапевта на протяжении сеанса (или же сразу по его окончании) до тех пор, пока не достигнет положительного разрешения. Некоторые психотерапевты и клиенты стараются намеренно придерживаться более привычного 50-минутного сеанса, однако необходимо помнить, что техника ДПДГ повышает вероятность того, что уровень беспокойства клиента в конце сеанса и во время переработки, которая будет продолжаться в период между сеансами, останется достаточно высоким. Попытки придерживаться традиционной 50-минутной длительности сеанса обычно увеличивают более чем в два раза количество сеансов, необходимых для полного излечения клиента. При таком увеличении количества сеансов ряд страховых компаний даже предлагают возмещение расходов. Однако проведение более длительных психотерапевтических сеансов может подталкивать некоторых клиентов откладывать ДПДГ-психотерапию до тех пор, пока они не окажутся в более благоприятной финансовой ситуации. Хотя сразу же после окончания лечения может возникать определенная дезориентация, психотерапевт должен оценить степень готовности клиента покинуть его кабинет и управлять машиной. Достаточное время должно быть отведено и на завершение сеанса, на беседу с клиентом, позволяющую ему при необходимости восстановить необходимое внутреннее равновесие. Даже при самых благоприятных условиях существует возможность, что травма будет недостаточно переработана даже после 90-минутного сеанса. Переработка некоторых видов травм может потребовать нескольких сеансов. Всегда помните, что клиент может остаться в состоянии дистресса и оценивайте, какие именно у него могут возникнуть специфические потребности, когда он вернется на работу или домой. Например, клиента, работа которого связана с большой ответственностью, лучше принимать в конце дня или в конце недели, а не в начале, поскольку он может чувствовать себя не готовым к возвращению в оказывающую на него давление ситуацию.

Необходимость в медикаментозном лечении

В некоторых случаях клиент уже мог достичь стабильного состояния с помощью предписанного ранее медикаментозного лечения или быть признанным нуждающимся в таком лечении для поддержания стабильности между сеансами ДПДГ. До сих пор нам не доводилось наблюдать, чтобы какое-либо медикаментозное лечение полностью препятствовало переработке с помощью ДПДГ, хотя есть сообщения, что бензодиазепины снижают эффективность лечения. Клиент,

принимающий какие-либо лекарства, способствующие снижению эмоционального дистресса, должен находиться под тщательным наблюдением, так как в определенное время действие лекарства может ослабеть или вообще закончиться. Можно предположить, что, по мере того как происходит переработка дисфункционального психологического материала, снижаются сопутствующая тревожность или депрессия и уменьшается потребность в медикаментозном лечении.

Психотерапевт в этом случае должен совершить переработку травмы еще раз, когда клиент не будет принимать лекарство. В некоторых случаях, когда клиентам предлагали обратиться к являющемуся предметом лечения травматическому воспоминанию, после того как употребление лекарства прекращалось, это воспоминание вызывало в среднем в два раза меньшее беспокойство, чем в начале. Например, когда клиент находился под действием лекарств, первоначальная оценка травмы, связанной с боевыми действиями, в 10 единиц по Шкале субъективных единиц беспокойства снижалась после психотерапии до 0. Когда прием лекарств был прекращен, вызываемое воспоминание получало первоначальную оценку всего в 5 единиц. Такая регрессия вскрывала присутствие остаточной дисфункциональности, существующей в форме, определяемой состоянием клиента. Присутствие такой проблемы отличает эту ситуацию от стабильных эффектов лечения у пациентов, к которым не применяется медикаментозное лечение. Поэтому потребность в медикаментозном воздействии должна оцениваться очень тщательно и с понимаем того, что такое воздействие скорее всего увеличит время, необходимое для успешного завершения лечения.

Диссоциативные расстройства

Использование ДПДГ при диссоциативных расстройствах, в особенности расстройствах, связанных с диссоциацией идентичности (называвшихся расщеплением личности до появления новой классификации в DSM-IV), может приводить психотерапевта в замешательство, если он не прошел соответствующей подготовки (под наблюдением опытного специалиста) по работе с диссоциативными расстройствами и не использует соответствующие протоколы ДПДГ. Кроме того, поскольку у клиентов с таким клиническим диагнозом есть явная тенденция оставаться увязшими в активированном воспоминании (см. раздел “Использование ДПДГ в случае диссоциативных расстройств” в приложении II), то дополнительно могут потребоваться более продвинутые процедуры ДПДГ (описанные в главе 11). Хотя в DSM-IV диссоциативные расстройства выделены в особый раздел, специалисты в области ДПДГ считают такие расстройства сложной формой посттравматического синдрома (Spiegel, 1984, 1993), при которых роль жертвы у пациента настолько усиливается, что общая память как бы разделяется на части, в которых будут содержаться различные аспекты боли и беспокойства; таким образом, феномен расщепления личности может быть теоретически объяснен как возникновение особой конфигурации нейросети, служащей для сохранения памяти в разделенном на части состоянии (Braun, 1988). Когда ДПДГ (либо другие формы психотерапии, например, гипнотическое отреагирование) приводит к успешному разрешению травматического материала, потребность в разделенности памяти уменьшается, амнезические барьеры между “другими личностями” растворяются и происходит их осознание.

Когда техника ДПДГ правильно используется в случаях диссоциативных расстройств, наблюдается сравнительно быстрая спонтанная интеграция “иных Я”, т.е. расщепленных личностей. Однако клиенты подвергаются большому риску в том случае, если их патология неправильно диагностирована или если лечение попытался начать психотерапевт, недостаточно подготовленный к работе со случаями диссоциативных расстройств. Если индивид с диагнозом диссоциативных расстройств подвергается лечению без соблюдения соответствующих мер предосторожности, то переработка травматических воспоминаний может привести лишь к тому, что он “увязнет” в состоянии с высоким уровнем беспокойства. Более того, хотя может возникнуть впечатление, что во время сеанса травматический материал достиг успешного разрешения, сама его активация вызывает высокий уровень беспокойства путем возникновения своего рода “короткого замыкания аффектов” (в остальной части памяти), что может привести к госпитализации пациента или к применению специальных мер для предотвращения непредвиденных случаев в периоды между сеансами. Кроме того, есть сообщения о достаточно большом количестве случаев, когда диссоциативные расстройства спонтанно возникали с началом применения ДПДГ-психотерапии. Этот феномен может быть связан с активной стимуляцией нейросетей.

Поскольку многие психотерапевты не имеют соответствующей подготовки в лечении диссоциативных расстройств и в значительной степени недооценивают распространенность этих форм патологии, то необходимо подчеркнуть обязательность соответствующих мер предосторожности. Для многих может быть сюрпризом сообщение в недавнем исследовании Росса (Ross, 1991), что 10% из числа обследованных пациентов клиник в обычном городе США страдали от диссоциативных расстройств. Общей характерной чертой клиента с диссоциативными расстройствами является большое число предыдущих диагнозов, так как идентифицировать диссоциативные расстройства часто бывает нелегко (Kluff, 1985; Putnam, 1989). Поэтому психотерапевт, собирающийся применить ДПДГ, должен вначале прибегнуть к Шкале диссоциативных переживаний (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993) и провести тщательное клиническое оценивание ситуации с каждым клиентом. Мы приведем краткое резюме о некоторых основных признаках диссоциативных расстройств. Отметим, что, хотя у большинства психотерапевтов диссоциативные расстройства ассоциируются с провалами в памяти, у хорошо организованных индивидов с диссоциативными расстройствами в сознании может существовать вполне связная и последовательная собственная история и они могут не осознавать, что диссоциативные эпизоды вообще когда-либо происходили (Putnam, 1989).

При стандартном исследовании психического состояния на диссоциативное расстройство указывают следующие клинические признаки: 1) не поддающиеся объяснению соматические симптомы, 2) проблемы со сном, 3) тягостные воспоминания, 4) дереализация и деперсонализация, 5) симптомы Шнейдера (голоса, необъяснимые чувства), 6) провалы в памяти, 7) многократные случаи помещения в психиатрические больницы и 8) многочисленные диагнозы с незначительным успехом в излечении (Kluff, 1987a, 1987b; Putnam, 1989; Ross, 1991). Можно недооценивать наличие диссоциативных расстройств, однако необходимо быть очень внимательным и не пытаться находить их там, где их нет. Рекомендации по использованию ДПДГ при работе с диссоциативными расстройствами, приведенные в приложении II, предлагают дальнейшие диагностиче-

ские советы. При возникновении сомнений мы настоятельно советуем психотерапевтам направлять клиента к специалисту по диссоциативным расстройством для получения точного заключения.

Планирование психотерапии

При любых формах психотерапии целью сеанса, направленного на изучение истории клиента, является определение полной клинической картины случая перед тем, как предпринимать попытки лечения. На первоначальной стадии изучения истории клиента определяют, подходит ли он для переработки травмы с помощью ДПДГ, на второй стадии выявляют потенциальные цели с максимально возможной подробностью. Полезной может быть метафора, при которой патология представляется как некая доска, привинченная к голове клиента и придавившая его. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы убрать эту доску и дать клиенту пространство для роста. Вместо того чтобы просто бить молотком по доске, необходимо найти на ней винты и избрать их в качестве цели воздействия. В нашем случае ДПДГ выполняет роль мощного инструмента для быстрого удаления этих винтов.

Даже если два клиента приступают к психотерапии с одинаковыми жалобами, их потребности во время лечения могут значительно отличаться. Психотерапевтам необходимо выяснить, какие проблемы могут быть излечены путем повышения информированности, какие — путем их разрешения, какие — с помощью техник работы со стрессом, а какие основаны на дисфункциональной информации, нуждающейся в переработке. Хотя ДПДГ может быть использована для ассимиляции новых умений, любые из существующих дисфункциональных паттернов прежде всего должны быть правильно определены. Например, если клиент нуждается в помощи, так как в истории его брака были случаи злоупотреблений, то в процессе анализа следует прежде всего определить первичное событие, к которому необходимо будет примененить ДПДГ. Если муж клиентки приобрел склонность к оскорбительному поведению после недавней автомобильной аварии, терапевтический план работы с ним должен отличаться от того случая, когда клиентка имела долгую историю наполненных оскорблениями отношений, включающую в себя образ доминирующего отца. Хотя в первом примере клиентка нуждалась в переработке травмирующих событий в истории своего брака, наличие нормальных отношений между супругами до того, как муж получил травму, приведшую к изменениям личности, позволило психотерапевту сосредоточить свои усилия на существующих в настоящее время факторах и на разрешении проблем.

Во втором примере история травмирующих отношений указывает на характерологические элементы, к которых необходимо было специально обращаться при психотерапии. Такое наблюдение в сфере психотерапии в целом не является новым. Однако в этом случае план ДПДГ-психотерапии основывается на выводах, сделанных из наблюдений во время тысяч сеансов по переработке, указывающих на то, что травматический опыт пациента часто является прямой причиной дисфункциональных отношений, существующих в настоящее время. Ассоциации между нынешней дисфункциональностью и более ранними инцидентами (мы рассматривали это в главе 2 в контексте модели ускоренной переработки информации) постоянно фигурируют в сообщениях клиентов, прохо-

дящих ДПДГ-психотерапию, когда в качестве цели избирается нынешняя ситуация.

У клиентов с дисфункциями должны быть идентифицированы прежние травматические случаи, а также предрасположенность к формам поведения, ассоциирующимся с отрицательными представлениями. Вместе с травматическими взаимоотношениями необходимо избрать в качестве цели воздействия и переработать более ранние ключевые события. Только после этого можно ожидать проявления существенных и всеохватывающих поведенческих изменений.

Хотя некоторые жертвы посттравматического синдрома, вызванного отдельным событием, могут быть излечены с помощью ДПДГ (для чего необходимо просто избрать целью травматическое воспоминание), большинство клиентов нуждаются в более исчерпывающем лечении. Оно должно включать в себя последовательное избрание в качестве цели воздействия как ранних травматических событий, так и нынешней ситуации, стимулирующей дисфункциональность, а также альтернативные формы поведения, которые могут быть использованы в будущем для достижения цели психотерапии. Следует максимально подробно выяснить жалобы клиента и то, что им предшествовало. Хотя приводимый далее перечень не является исчерпывающим, он может обеспечить психотерапевта некоторыми основными направляющими ориентирами. Необходимо удостовериться в следующем.

1. *Симптомы.* Что преобладает в дисфункциональном поведении, эмоциях и отрицательных представлениях? Каковы специфические симптомы (например, тягостные воспоминания, навязчивые мысли и приступы паники) у данного клиента? Каковы факторы, способствующие возникновению этих симптомов? Какова их частота, в какое время они появляются, где локализируются, каковы их иные характеристики?

Давайте рассмотрим в качестве примера случай с клиенткой, недавно вступившей в брак, что было самым последним из серии травматических отношений. Психотерапевт определил, что ее первоначальная патология связана с чувством стыда и бессилия и представлением “Я не достойна уважения”. Все это представляло собой элементы нынешней привязанности к партнеру, злоупотреблявшему чувствами женщины, а также ее неспособности к самоутверждению. Анализ истории этой женщины показал, что панические чувства и воспоминания о том, как ее били в детстве родители, возникали в тех случаях, когда муж вел себя холодно и неприветливо, когда шеф приходил в гнев, когда ей приходилось отстаивать свои права в магазине перед его владельцем и т.п.

2. *Длительность.* Сколь долго проявлялась патология? Как она изменялась со временем? Какие изменения происходили в тех факторах, из которых слагалась патология?

В нашем примере патология клиентки существовала с детства, но панические приступы стали повторяться гораздо чаще и сильнее в последние годы. После того как у клиентки родился ребенок, она стала чувствовать себя более уязвимой и неконтролируемой.

3. *Первоначальный повод*. Какое первоначальное и наиболее беспокоящее событие привело к возникновению дисфункциональности? Каковы были обстоятельства — в том числе связанные со взаимодействиями людей, а также с социальными и семейными факторами, — в то время когда произошло первоначальное событие?

В нашем примере клиентка была самой младшей из троих детей. Отец бил ее за малейшую провинность, а братья запугивали. Первый приступ паники, который могла вспомнить пациентка, произошел, когда она прибежала к матери за помощью, а та оттолкнула ее. Мать поверила в историю, которую ей рассказали братья, и прикрикнула на девочку: "Ну, подожди, скоро придет домой отец, он тебе покажет!"

4. *Дополнительные прошлые события*. Играли ли другие события роль в усилении патологии? Каковы были другие важные факторы? Кто был основным участником событий? Какие типы участников, дезадаптивных реакций, негативных представлений и т.п. были связаны с ними? Как события могли бы быть разделены на кластеры или группы для максимальной генерализации психотерапевтического эффекта? Клиентке можно предложить идентифицировать десять ее наиболее беспокоящих воспоминаний. Это поможет определить в общих чертах типы отрицательных представлений и переживаний, с которыми придется работать в ходе психотерапии.

Клиентка в нашем примере находилась под отрицательным впечатлением многочисленных оскорблений и избиений, пережитых ею в детском возрасте, а также дислексии*, результатом чего были всевозможные унижения в школе, изнасилование во время свидания, происшедшее в юности, а также связанный с многочисленными оскорблениями и случаями насилия опыт общения с несколькими ее приятелями. Все эти оскорбления и унижения можно объединить в кластеры. Родители, братья, трое учителей и склонные к оскорблениям приятели были избраны в качестве общей цели как образ основного виновника. При этом были идентифицированы следующие отрицательные представления: "Я не достойна уважения", "Я осквернена", "Я не контролирую себя" и "Я не могу достичь успеха". Данные представления проявлялись у клиентки на работе, в различных социальных отношениях, а также когда она была вовлечена в общение с авторитетными для нее лицами.

5. *Другие жалобы*. С какими иными проблемами сталкивалась клиентка? Какие другие дисфункции могут быть скрыты за первым представлением?

В нашем примере в качестве таких дополнительных жалоб были избраны трудности, связанные с работой, и неадекватные родительские отношения клиентки и ее дочери.

6. *Нынешняя напряженность*. Каков эмоциональный аффект клиентки в настоящее время? Какие дисфункциональные эмоции или формы поведения возникают у нее? Какие действия клиентка неспособна предпринимать? Какие вопросы, связанные с влиянием социальной системы (например, дисфункциональная семейная или социальная структура), необходимо принимать во внимание?

Клиентка в нашем примере была несчастлива как дома, так и на работе; у нее было общее чувство неудачи и низкого собственного достоинства. Она не могла ни самоутвердиться, ни выйти за пределы сложившейся ситуации, ни предложить соответствующую поддержку своей дочери. Более того, было понятно, что ни ее родители, ни муж не стали бы приветствовать того нового поведения, которое могло бы возникнуть в результате увеличения степени ее самоуважения.

7. *Желаемое состояние*. Как именно клиентка предпочитала бы действовать, проявлять себя, чувствовать? Какие убеждения хотела бы иметь? Что препятствует этому? Каковы могли бы быть потенциальные возможности успешного лечения?

Хотя клиентка в нашем примере хотела быть в большей мере самоутвердившейся личностью, с повышенным чувством собственного достоинства, ее постоянно преследовали воспоминания о прошлых оскорблениях и унижениях, а также оказывали давление отрицательные эмоции, вызываемые мужем и шефом. Некоторые из ее чувств относились к нынешней ситуации, но их интенсивность в большой мере определялась событиями детства; чувства часто переполняли ее настолько, что она не могла адекватно действовать. Потенциальные последствия успешного завершения лечения включали в себя возможное решение клиентки о необходимости развестись с мужем и найти более высокооплачиваемую работу, чтобы материально обеспечивать себя и своего ребенка. Понятно, что такая перспектива сталкивалась с отрицательным представлением “Я не могу достичь успеха”. Конечно, любые из существующих в данном случае рентных установок должны быть приняты во внимание в первую очередь.

Психотерапевт при планировании лечения пытался найти параллели между прошлым клиентки и ее настоящим для идентификации паттернов возможной ответной реакции. Описывая нынешние стимулы, дисфункциональные представления, эмоции и формы поведения, психотерапевт должен был вычленить специфические цели, которые охватывали бы как наиболее ранние воспоминания клиентки, так и самые недавние травматические события. План лечения предусматривал избрание в качестве цели воздействия 1) ранних воспоминаний, образующих основу для дисфункциональности, 2) нынешних факторов, стимулирующих травматический материал, и 3) будущих ответных реакций (стандартный протокол, в котором описывается подобная работа, обсуждается в главах 3 и 8).

Фрагмент стенограммы сеанса, посвященного анализу истории клиентки

Клиентка — жертва сексуальных злоупотреблений, — обратилась к психотерапевту для облегчения последствий травмы, связанной с сексуальными домогательствами. В комментариях указываются психотерапевтические цели, с которыми связаны вопросы психотерапевта. Ответы на эти вопросы используются в последующих сеансах.

Психотерапевт: Что привело вас сюда?

Клиентка: Сколько я себя помню, меня беспокоят кошмары и нарушения сна. Я вообще не помню, чтобы их когда-либо не было. Мне кажется, это связано с тем, что мой дядя совершил надо мной сексуальное насилие, когда мне было около пяти лет. На все это наложилось поведение моего отца, которое я могла бы назвать эмоционально инцестуозным. Отец никогда не прикасался ко мне и не делал ничего такого, что пытался сделать дядя, но он постоянно допускал неуместные сексуальные высказывания в мой адрес. Видели ли вы когда-нибудь фильмы о насилии над детьми? Вы знаете, случаев избиения детей родителями становится все больше. Они происходят ежедневно. Я прошла разные формы психотерапии, долго занималась медитаций, приняла тонны лекарств. Пять лет назад я не спала по шесть мучительных ночей в неделю, и я бы сказала сейчас, что это нечто большее, чем просто расстройство сна. А после стрессов у меня были совершенно ужасные кошмары.

[Психотерапевт определяет первичные жалобы как нарушения сна. Первичная цель будет включать в себя отца клиентки, мать и дядю.]

Психотерапевт: Как часто они были?

[Психотерапевт пытается установить основную частоту травматических событий.]

Клиентка: Я догадывалась, что вы меня спросите об этом. Сейчас я подумаю... Это зависело от уровня моего стресса. Может быть, несколько раз в месяц.

Психотерапевт: А сколько все-таки раз? Четыре, три?

Клиентка: Примерно так...

Психотерапевт: Хорошо. С чем вы связываете частичное облегчение того состояния, которое было пять лет назад, когда кошмары мучили вас по ночам шесть раз в неделю, а сейчас только три раза в месяц?

Клиентка: Думаю, это сочетание всего того, что я делала. Я много медитировала, рисовала, писала, занималась разными формами психотерапии, и думаю, что пять лет назад травма была неосознаваемая и поэтому обладала большей силой. Сейчас я, конечно, сильнее. Я в большей мере осознаю то, как травма воздействует на меня и мои отношения с другими людьми, и полагаю, что ее эмоциональный заряд снизился.

Психотерапевт: Что привело к тому, что травма стала более осознаваемой?

Клиентка: Травма была подавленной на протяжении пятнадцати лет, с пяти до двадцати. Я была на каникулах, и тут со мной произошло вот что .... (часть записи стерта). Придя в себя, я вспомнила все это; память вернулась ко мне. Но даже через два года, уже проходя курс психотерапии, я не была полностью уверена в том, что же именно случилось со мной, потому что, когда человеку пять лет, он живет как во сне — вы, наверное, знаете это. Еще через пару лет я поговорила обо всем этом с моими родителями, и они рассказали мне, что дядя действительно проявлял сексуальные домогательства к большинству женщин в нашей семье.

[В этом диалоге (и в стертой его части) психотерапевт исследует параметры и ограничения возможности вызывать воспоминание и пытается определить, какие именно условия могут гарантировать формальный ответ.]

Психотерапевт: Расскажите мне подробнее, что вы помните о случае сексуального домогательства.

[Психотерапевт определяет одну из первых целей.]

Клиентка: Воспоминания в большой мере сновидны. Все, что я помню, — как на вечеринке по случаю дня рождения дядя, стянув с меня трусы, пытается забраться сверху. Примерно четыре месяца назад я попала в автомобильную аварию, и после этого много занималась работой с телом, особенно связанной с областью ягодиц и бедер. Во время нескольких сеансов телесной работы ко мне пришли новые воспоминания о том, как меня повалили на диван и вставляют

что-то между ягодицами. Я не думаю, что это был пенис. Скорее, это был палец, а может быть, и что-то другое.

Психотерапевт: Хорошо. Есть ли у вас еще какие-то воспоминания?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: Итак, одно воспоминание, когда на дне рождения он повалил вас, забрался сверху и пытался что-то вставить.

Клиентка: Это два разных воспоминания. Случай на дне рождения — это одно воспоминание, а когда меня повалили на диван — другое. Мне кажется, это два отдельных фрагмента.

Психотерапевт: Ну хорошо. Есть ли у вас какие-либо соображения о том, где это произошло?

[Психотерапевт проясняет этот момент.]

Клиентка: У меня дома. Я помню это отчетливо. В том доме, где я выросла.

Психотерапевт: То есть празднование дня рождения происходило у вас дома. А второе воспоминание?

Клиентка: Я не знаю.

Психотерапевт: Ну хорошо. Сколько ему было лет?

Клиентка: Вероятно, около тридцати.

Психотерапевт: А вам около пяти? Ну ладно. Давайте теперь посмотрим на того, кому сейчас около шестидесяти...

[Психотерапевт определяет параметры, относящиеся к безопасности нынешней ситуации, связанной с будущей работой.]

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Хорошо. Вы говорили, что все ваши кошмары связаны с этим случаем. Не могли бы вы пояснить эту мысль?

Клиентка: Да, я подразумевала, что мужчины всегда сексуально атаковали меня.

Психотерапевт: Были ли это одни и те же повторяющиеся сновидения, в которых вас атаковали те же самые мужчины?

[Психотерапевт пытается определить цели, связанные с образами сновидений.]

Клиентка: Нет, мужчины были разные, а тема общая.

Психотерапевт: Сохранились ли у вас яркие воспоминания об этом?

[Психотерапевт пытается идентифицировать цели для переработки.]

Клиентка: Одно из недавних сновидений было связано не с дядей, а с моим отцом. В этом сновидении — а это было действительно кошмарное сновидение — он мастурбировал, используя меня как объект для возбуждения. Во сне я кричала ему, чтобы он прекратил это делать.

Психотерапевт: Хорошо.

Клиентка: Обычно это бывает весьма угрожающим... просыпаешься, а в комнате кто-то есть... кто-то вошел, чтобы причинить тебе боль... кто-то, проникший в квартиру...

Психотерапевт: Да.

Клиентка: В одном из пугающих детских сновидений в дверь вошла целая группа мужчин с винтовками, угрожая мне. Один из них был моим отцом. Но я знала, что мой отец в это время работал в гараже, а это был злой двойник, загримировавшийся под отца. В детстве это было для меня особенно ужасно.

Психотерапевт: Ну, хорошо. Отложим кошмары, пусть они покинут вас. Что еще, по вашему мнению, оказывает сейчас на вас воздействие?

[Психотерапевт выясняет другие жалобы.]

Клиентка: У меня очень повышенная настороженность. Вы, наверное, знаете, что успокоиться бывает так нелегко... У меня много затруднений в общении с мужчинами.

Психотерапевт: Какого рода эти затруднения?

Клиентка: Самого разнообразного. Я недавно осознала, что у меня есть тенденция выбирать мужчин, склонных к социопатии, типа моего отца. Они очень харизматичны и очаровательны, привлекательны и ничем не скованы. У них всегда есть отношения еще с кем-то и они всегда обманывают меня. Обычно такие часто сердятся, бывают враждебны и, я бы сказала, эмоционально обременительны.

Психотерапевт: Есть ли у вас сейчас отношения с таким мужчиной?

Клиентка: Нет! (Смеется).

Психотерапевт: Когда в вашей жизни в последний раз был такой мужчина?

Клиентка: Я порвала с ним около полугода назад. Эти отношения длились восемь месяцев и были очень серьезными — это все, что я могу сейчас о них сказать. Потом он заявил, что влюбился в другую женщину. Он был очень жестоким, наши отрошения опустошали меня, но сейчас я уже все это преодолела.

Психотерапевт: Хорошо. А какие у вас сейчас отношения с отцом?

Клиентка: Это сложный вопрос. После того случая с моим дядей я как бы отрезала от себя отца. Он был тем человеком в семье, который воспитывал меня в большей мере, чем кто-либо другой. Для меня было тяжелым шагом отчуждение от отца, потому что слишком много тепла и заботы ассоциировалось с ним. Но несколько лет назад я просто установила жесткое ограничение на все его сексуальные шуточки и сказала, что не буду больше с ним встречаться, если он будет так поступать. После этого и он прекратил так вести себя.

[Нынешние отношения с отцом будут избраны в качестве цели.]

Психотерапевт: Вы говорите, что знакомые мужчины напоминали вам отца в своей социопатичности. Как это проявлялось для вас? Какие еще подробности об отношениях с отцом вы могли бы рассказать?

Клиентка: После двадцати пяти лет совместной жизни он бросил мою мать, оставив записку, и сбежал в Европу со своей подругой. Судя о всему, он никогда не считал, что сделал что-то плохое. Моя мать пару лет назад проходила курс психотерапии, и после этого начала изменяться. Она стала приходить в себя и освобождаться от своего гнева. Мои отношения с матерью сейчас более здоро-

вые, чем раньше. Между нами накопилось столько всякой ерунды, но нам удалось проработать все это... Она ведь остается моей матерью, и хотя продолжает подталкивать меня к безумию, — это наши обычные отношения...

Психотерапевт: Хорошо. Какие еще у вас есть воспоминания об отце, отражающие ваши чувства и беспокойства, связанные с ним?

Клиентка: Первое, что приходит мне в голову, — как я собираюсь идти на вечеринку, подхожу к двери, и тут отец смотрит на меня и говорит: “Не слишком ли ты сильно накрашена?” — и мне приходится смывать весь мой макияж. Смысл тех его слов понятен: “Ты не должна быть взрослой, не должна быть женщиной, не должна быть сексуальной, не должна быть с кем-то другим”.

[Это воспоминание тоже будет избрано в качестве цели воздействия.]

Психотерапевт: Хорошо. Что еще?

Клиентка: Я не думала обо всем этом около пятнадцати лет...

Психотерапевт: А что еще вы могли бы сказать об отношениях с матерью?

Клиентка: Я помню себя стоящей на коленях и мать, кричащую на меня. Я спрашиваю: “Что же ты от меня хочешь?”, — но она ничего не отвечает...

[Это воспоминание тоже будет избрано в качестве цели воздействия.]

Психотерапевт: Какие еще воспоминания или отношения вы могли бы назвать, которые, как вам кажется, усиливают чувство, что вы недостаточно добры или что вы бессильны?

[Проблемы собственного достоинства и контроля будут избраны в качестве цели и использованы для определения отрицательных и положительных представлений.]

Клиентка: Иметь ли мне свою семью? Будет ли кто-нибудь в моей жизни? Вот что занимает меня...

Психотерапевт: Ну, это уже что-то вроде высшего, десятого места победителя хит-парада...

[В этом случае предмет психотерапевтического воздействия ясен; в иных случаях психотерапевт мог бы спросить о десяти наиболее беспокоящих воспоминаниях, не указывая конкретную когнитивную тему.]

Клиентка: У меня был один мужчина несколько лет назад. Мы были близки к сексуальным отношениям, но уже в постели он вдруг сказал мне, что я его не возбуждаю. Я была неприятно поражена этими словами. Не знаю, как бы я отреагировала на это сейчас, но тогда это очень сильно расстроило меня.

[Это воспоминание будет избрано в качестве цели.]

Психотерапевт: Сколько вам тогда было лет?

Клиентка: Наверное, двадцать три. Это было на протяжении тех последних полутора лет, когда я погрузилась в самую грязь...

Психотерапевт: Что еще усиливает ваши чувства?

Клиентка: Разрыв с этим мужчиной шесть месяцев назад. Это не было похоже на другие подобные события, хотя он действительно обращался со мной, как с какими-то отбросами...

Психотерапевт: Есть ли у вас какое-то воспоминание, отражающее эту ситуацию?

Клиентка: Да, я помню, как говорила: “Ты обманываешь меня”, а он отвечал: “Тебе, я вижу, просто нравится так думать”. В его голосе была тогда такая враждебность...

[Это воспоминание может быть избрано в качестве цели в зависимости от уровня беспокойства на более поздней стадии лечения.]

Психотерапевт.: Есть ли способ усилить это?

Клиентка: Да. Прийти сюда, чтобы здесь выбросить из себя всю эту гадость... Это подобно освобождению от кошмаров. Вы знаете, я отождествляю себя со своими кошмарами. Я отождествляюсь со своей травмой, со своим настроением, и мной владеет убеждение, что я непригодна для жизни. На определенном уровне, как вы знаете, мой выбор профессии и мои взаимоотношения с мужчинами — все вращается вокруг моей травмы.

Психотерапевт: А что, если бы вы не были, как вы говорите, непригодны к жизни?

[Психотерапевт изучает рентные установки и цели. “Я непригодна для жизни” — это отношение также будет избрано в качестве отрицательного представления.]

Клиентка: Вы знаете, у меня есть некоторые догадки... Мне кажется, я смогла бы быть чем-то большим, чем я есть, — просто быть более радостной. Я чувствую, что заслуживаю любви и всех тех хороших вещей, которые уже бывали в моей жизни... Быть способной иметь это хорошее... Стабильные и здоровые отношения...

[Эти высказывания будут использованы в процессе психотерапии и превращены в положительные представления.]

Психотерапевт: Есть ли у вас какие-то особые воспоминания, связанные с тем моментом, когда вы поняли, что не заслуживаете ни любви, ни чего-либо хорошего в жизни?

[Происходит определение отрицательных представлений.]

Клиентка: Да. Была очень важная вещь, которую я усвоила от своей матери — вера, что я буду красивой. Да, я помню... А если взглянуть на это сегодня... Если бы я не выглядела совершенной, не была красива, если бы я была толстой, то мать сердилась бы на меня, как сердятся на ребенка, прибавившего в весе лишние пять фунтов. Поэтому в детстве я была тонкой и стройной девочкой. Я не знаю, когда я начала полнеть. Так было со всеми женщинами в нашей семье.

[Реакция матери также будет избрана в качестве цели.]

Психотерапевт: Что было лучшим достижением всей той многолетней психотерапии, которую вы проходили?

Клиентка: Само осознание, что есть причина, по которой у меня не складываются благоприятные отношения с мужчинами. Раньше я не понимала этого и считала, что я приятный человек. Почему у меня должны быть какие-то проблемы во взаимоотношениях? Ведь у меня есть прекрасные друзья. А теперь я понимаю, что повторяю те паттерны, которые проявились в истории с моим дядей, матерью, отцом, — и наблюдаю, как я это делаю. И оттаскиваю сама себя прочь, когда вижу, что опять начинается то же самое.

Психотерапевт: Вы упомянули чувства или мысли, связанные с тем, что вы недостаточно хороши и добры, бессильны и непригодны для жизни. А чувство, что вы должны быть совершенны, — сохранилось ли оно у вас?

[Психотерапевт суммирует отрицательные представления и пытается найти дополнительную информацию.]

Клиентка: Да, это чувство, конечно, приятное. Оно остается у меня до сих пор.

Психотерапевт: Есть ли у вас какие-либо воспоминания, связанные именно с этим чувством? Только гнев из-за лишних пяти фунтов?

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Хорошо. Какие еще убеждения движут вами — что-нибудь вроде потребности в совершенстве, неисполнимой из-за того, что вы недостаточно хороши, или потребности быть прекрасной?

Клиентка: На самом деле для меня важно лишь одно — как я выгляжу.

Психотерапевт: Какие воспоминания связаны с этим?

[Психотерапевт вызывает воспоминания с целью определить подходящее для цели отрицательное представление.]

Клиентка: Все воспоминания. Моя мать идет в гости, и все время уделяет внимание тому, что я ем. Или другой пример. Она берет меня с собой в магазин и постоянно говорит о том, какая хорошая у меня фигура — лучше, чем у кого бы то ни было. То ли это, о чем вы спрашивали?

Психотерапевт: Да. Можно ли сказать, что в вашем детстве — и не только в детстве — было много подтверждений того, что вы хорошо выглядите? Если вы попробуете сгруппировать все это, сможете ли вы сказать: “Да, действительно, их было много”? Можете ли вы сказать, что получали больше таких подтверждений от матери? Или от отца?

Клиентка: От обоих.

Психотерапевт: От обоих... Хорошо.

Клиентка: Больше все-таки от матери. Например: “Ты должна быть красивой”. Но как вы видите, с отцом дело более тонкое. Чтобы получать от него необходимую поддержку, мне нужно было быть в некотором смысле “сексуализированной”, быть в роли женщины... А чтобы не подвергаться наказаниям со стороны матери, я просто должна была быть красивой.

Психотерапевт: А какие еще у вас есть воспоминания о необходимости быть “сексуализированной” для того, чтобы получать поддержку от отца?

Клиентка: Я помню, как они оба, отец и дядя, стояли передо мной и говорили: “О, ты просто прекрасна”. Мне тогда было лет десять или около того. Когда я смотрю на свою фотографию в десять лет, я не вижу там ничего прекрасного. На самом деле я была неуклюжей... но, как вы знаете, они считали по-другому. А в юности мой отец возвращался к этому снова и снова; он все время говорил мне по телефону, какая я сексуальная. И какая я симпатичная, и насколько привлекательна для людей, в особенности для мужчин.

[Воспоминания о реакции отца будут избраны в качестве цели переработки.]

Психотерапевт: А какое у вас было последнее кошмарное сновидение?

Клиентка: То, в котором отец мастурбировал.

Психотерапевт: А перед тем?

Клиентка: Еще одно сновидение, связанное с отцом. Эти два сновидения были ужасны. Мне снилось, что я назначила свидание одному мужчине, но он не пришел... Я хотела провести с ним ночь, но он не пришел, и мне пришлось, оскорбленной всем этим, спать в одной комнате с моим отцом. Там была двуспальная кровать и вокруг цветы... Я говорила отцу, что все-таки хотела бы спать в своей собственной постели.

Психотерапевт: Вы сказали, что такие сновидения чаще бывают у вас, когда вы переживаете стресс. Что вызывает у вас этот стресс?

[Психотерапевт пытается идентифицировать нынешние стимулы.]

Клиентка: Я назначила свидание одному человеку, но уже месяц, как наши отношения стали разрушаться. Мы оба начали понимать, что наши отношения не приведут ни к чему хорошему, и тогда у меня стали возникать беспокоящие сновидения. Еще я видела по телевизору передачу о человеке, пережившем травму, и к чему это привело.

Психотерапевт: А какого рода была травма?

Клиентка: Сексуальная.

Психотерапевт: Хорошо. Что-нибудь еще?

Клиентка: Я думаю, что и этого вполне достаточно...

Психотерапевт: Значит, причина стресса — страх разрыва отношений и передача по телевизору о сексуальной травме?

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Как бы вы описали свою нынешнюю работу?

[Психотерапевт изучает наличие альтернативных жалоб и влияний со стороны социальной системы.]

Клиентка: Моя работа... Я работаю в .... (пропуск в записи) и мне нравится моя работа.

Психотерапевт: Хорошо. Что вы еще можете добавить?

Клиентка: Это вовсе не то, что я думала.

Психотерапевт: Если мы начнем работу с техникой ДПДГ, как вы узнаете о том, что мы делаем? И что может привести вас к выводу, что работа закончена?

[Цели, отмечаемые клиенткой, могут составлять поведенческие измерения для проводимой позднее оценки.]

Клиентка: Способность спать глубоко, спокойно и действительно отбросить идею о том, что я непригодна для жизни, не заслуживаю любви и поэтому не могу ее иметь. Поддерживать здоровые взаимоотношения.

Психотерапевт: Что еще?

Клиентка: Больше радости в жизни.

Психотерапевт: Что-нибудь еще?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: Вы говорите: “Я не заслуживаю любви и потому не могу иметь ее”. Когда эта мысль впервые пришла вам в голову?

[Психотерапевт ищет цель для отрицательного представления.]

Клиентка: Я не думаю, что можно назвать конкретное время, когда эта мысль возникла. Возможно, когда я была в глубоком стрессе, много работала и не получала достаточной отдачи. Может быть, во время того последнего разрыва с мужчиной, о котором я говорила.

Психотерапевт: Можете ли вы сказать еще что-нибудь о мужчинах, которых вы выбираете, кроме того, что у всех них есть общий признак — неспособность на прочную привязанность?

[Психотерапевт исследует дополнительные проблемы.]

Клиентка: Я уделяла слишком много внимания тому, как они выглядят. Я думала, что если они приятно выглядят, то я смогу быть вместе с ними, игнорируя все остальное. Еще я знаю, что с самого начала все эти отношения являются ошибкой. У меня достаточно хорошая интуиция; это осталось во мне неповрежденным.

Психотерапевт: Расскажите подробнее об этом.

Клиентка: Я помню, как рассказывала одному другу о своих последних отношениях с мужчиной: “Я встречаюсь с этим парнем, хотя и знаю, что он принесет мне несчастье. Поэтому мне не хотелось бы очень сильно привязываться к нему”. И я прервала наши отношения, длившиеся восемь месяцев. Я не только заранее собиралась сделать это, но и рассказала другому человеку. Проясняет ли это немного дело?

Психотерапевт: А что происходило между этим вашим заявлением и тем моментом, когда вы ушли от него?

Клиентка: Он пришел ко мне с видом крутого парня, только что участвовавшего в групповом сексе. Он был очень соблазнителен, и секс у нас был действительно неплохой. И я делала то, что мне хотелось, отказавшись от попыток контролировать ситуацию, просто следовала за тем, то происходило, позволяя событиям развиваться естественным путем.

Психотерапевт: Что означают ваши слова “отказывалась от попыток контролировать”?

Клиентка: Они означают, что я не могу влиять на то, что воспринимаю. Это похоже на то, как будто я внутри и вовне утрачиваю всякую конгруэнтность. Как будто я воспринимаю что-то, а затем отвергаю это и подчиняюсь планам другого человека, его распорядку дня...

Психотерапевт: Способны ли вы устанавливать ограничения на уровне слов: “Нет, я предпочитаю не делать этого” или “Я хочу вместо этого сделать другое”, — и таким образом утверждать свое желание сделать что-либо? Что вы думаете об этом?

[Психотерапевт ищет те формы поведения, которые будут избраны в качестве цели воздействия.]

Клиентка: Отчасти это хорошо, отчасти плохо.

Психотерапевт: А если говорить о взаимоотношениях?

Клиентка: Я могу прекращать сексуальные отношения с мужчиной, если знаю, что это не принесет мне удовлетворения. Я просто отбрасываю все это, если не чувствую удовлетворения.

[Психотерапевт идентифицирует это как формы поведения, которые должны быть избраны в качестве цели воздействия.]

Психотерапевт: Чего вы добиваетесь этим?

Клиентка: Ничего. Просто следую старому паттерну: такое поведение наиболее близко мне. Просто игнорировать, понимаете? Я выросла, окруженная людьми, склонными к сексуальным домогательствам и злоупотреблениям, — что мне еще остается, как не игнорировать? Да, это довольно болезненно, но я ничего не могу поделать.

Психотерапевт: Что еще, кроме секса, вы отвергаете, если не чувствуете в этом удовлетворения?

Клиентка: Я очень заботливый человек, и иногда я просто отдаю, отдаю, отдаю... вместо того чтобы сказать: “Это твоя проблема, сам с ней разбирайся”.

[Психотерапевт идентифицирует такое поведение как потенциальную цель в том случае, если на последних стадиях психотерапии будут сохраняться проблемы с поведением.]

Психотерапевт.: А что вы можете сказать о самовоспитании?

[Психотерапевт проверяет наличие признаков самодеструктивности или нестабильности.]

Клиентка: Я делаю для этого довольно много. Да, у меня есть старая травма, но я люблю подолгу заниматься разными упражнениями, совершать прогулки пешком, принимать горячие ванны. Единственное, в чем я не забочусь о себе, — я не готовлю пищу. Таков уж мой образ жизни. Просто я очень занята для этого.

Приведенный фрагмент стенограммы показывает, что клиентка страдала от нарушений сна и низкого самоуважения. Связанные с этим отрицательные представления вскрывают чувства собственной недостойности и утраты контро-

ля. Негативная самооценка клиентки, судя по всему, является результатом возможного сексуального домогательства в раннем детстве, так же как и следствием дисфункциональности взаимоотношений с родителями. Эти проблемы могут отчасти являться причиной самодеструктивных и связанных с различными злоупотреблениями отношений во взрослом возрасте.

Случаи, непосредственно относящиеся к негативной самооценке клиентки, будут подвергнуты переработке во время начальной стадии психотерапии. Это ранние детские инциденты, связанные с отцом и матерью, а также ряд более ранних взаимодействий, усиливших чувство клиентки, что она недостойна уважения и непригодна для жизни. Переработка будет включать в себя и открытие новых форм поведения, связанных с положительными отношениями. Специфические ночные кошмары, вызывающие чувство страха, и двусмысленные эмоции, относящиеся к ее мужчинам, также будут избраны в качестве цели.

Такая психотерапевтическая оценка, проводимая на основе анализа глубинной истории клиентки, была бы необходима в том случае, если бы у нее были проблемы, связанные с нарушениями питания или злоупотреблением теми или иными химическими веществами. В таком случае к этим проблемам необходимо было бы обращаться непосредственно, как к цели переработки. На основании полученной информации целью сеанса ДПДГ-психотерапии была избрана сцена сексуальных домогательств, описанная клиенткой. После поиска признаков диссоциативных расстройств, применения любых необходимых форм объективной психометрии и завершения подготовительной стадии, включая инструкции по выполнению упражнений на релаксацию, была начата сама ДПДГ-психотерапия.

Практика под наблюдением

Инструкторы, обучающие технике ДПДГ, иногда наблюдают за тем, как обучающиеся выполняют упражнения по анализу истории клиента и разрабатывают на основе этого планы лечения. Правильный отбор клиентов является настолько важным моментом лечения и создания для клиентов безопасных условий, что инструкторам ДПДГ следует проверять, насколько хорошо обучающиеся знают все те признаки и предупреждения, на основе которых осуществляется отбор клиентов. Для этих целей может быть полезным образец бланка данных, приводимый в приложении I.

Итоги и выводы

ДПДГ — это в высшей степени интерактивный, основанный на взаимодействии подход, требующий от психотерапевта сензитивности и гибкости. Принципиально важно и то, чтобы отбор клиентов был произведен правильно, так как неразрешенный диссоциативный материал, спонтанно возникающий во время психотерапии, может вызывать интенсивные эмоциональные переживания. Поэтому психотерапевты должны использовать технику ДПДГ только с теми клиентами, которые обладают достаточной степенью внутренней стабильности и находятся в жизненных условиях, позволяющих справляться с возможными проявлениями отреагирования и дистресса в интервалах между психотерапевтическими сеансами.

Безопасность клиента требует, чтобы психотерапевт оценивал такие факторы, как клинические взаимоотношения с клиентом и условия его жизни, в том числе его законные потребности, связанные со взаимоотношениями; вопросы эмоциональной стабильности, в том числе необходимость госпитализации или применения медикаментов; двойные диагнозы; проблемы физического принуждения и способность клиента использовать процедуры релаксации. Перед тем, как приступать к ДПДГ-психотерапии, должно быть также произведено исследование для выявления признаков диссоциативных расстройств (см. приложение I).

ДПДГ никогда не применяется при отсутствии достаточных данных об истории клиента, адекватных клинических взаимоотношений, включающих установление раппорта и соблюдение комфортности клиента, а также без разработки плана лечения. План лечения должен идентифицировать специфические цели, включая те аспекты рентных установок, к которым впоследствии необходимо будет обратиться. В сущности, психотерапевт должен выявить воспоминания о тех прошлых событиях, которые стали причиной патологии, а также воздействующих на клиента в настоящее время ситуаций и людей, приводящих к стимулированию дисфункциональности; а также определить компоненты, необходимые для достижения адаптивного и желаемого образа адекватных будущих действий. Если симптомы, а также основные факторы дисфункциональности и ее основа не будут адекватно определены, то клиническая эффективность применения ДПДГ будет значительно ограничена. ДПДГ — это не та форма психотерапии, где успех может быть достигнут за один сеанс, и психотерапевту необходимо иметь четкую и полную картину всей проблемной области клиента и той последовательности, в которой должны избираться и перерабатываться цели воздействия. И наконец, ДПДГ может использоваться только хорошо обученными, квалифицированными и лицензированными психотерапевтами или работающими под постоянным наблюдением интернами, а также с хорошо подготовленными клиентами, давшими свое согласие на основании адекватной информации.

5. СТАДИИ ВТОРАЯ И ТРЕТЬЯ: ПОДГОТОВКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДМЕТА ВОЗДЕЙСТВИЯ

Не имеет значения, как быстро идешь, главное — не останавливаться.

Конфуций

После тщательного изучения истории клиента и составления плана лечения психотерапевту необходимо подготовиться к переработке. Подготовка клиента включает в себя установление безопасных психотерапевтических отношений, подробное объяснение сущности процесса и его эффектов, а также изучение его убеждений и потенциальных эмоциональных потребностей. Определение предмета воздействия включает в себя выяснение компонентов целевого воспоминания и основных типов реакции клиента на процесс.

В данной главе предлагается дополнительная информация о компонентах ДПДГ-психотерапии, уже описанных в главе 3, и подробно рассматривается, как работать с этими компонентами.

Стадия вторая: подготовка

Стадия подготовки устанавливает психотерапевтические рамки и соответствующий уровень ожиданий клиента. Подготовка клиента к встрече с возможными формами беспокойства, иногда возникающими во время ДПДГ-переработки, принципиально важна. Перед началом стадии подготовки психотерапевт должен заложить соответствующую основу (описанную в главе 4) — изучить историю клиента, определить, подходит ли он для ДПДГ, разработать схему лечения и сформулировать план действия, учитывая все возможные проявления рентных установок, препятствующих достижению психотерапевтического эффекта.

После этого психотерапевт обязан выполнить еще некоторые формальности, прежде чем начать использовать движения глаз (или применять другие стимулы) при лечении травм. Как уже описывалось в главе 1, избегающее поведение можно считать как частью патологии, так и причиной ее сохранения. Шаги, описанные в следующих разделах, помогут клиенту достичь скрытого травматического материала, нуждающегося в переработке, и будут определять рамки психотерапевтического воздействия, необходимого для десенсибилизации и завершения переработки.

Формирование психотерапевтической позиции

ДПДГ является в высшей степени интерактивным, сосредоточенным на клиенте процессом, требующим особой гибкости от психотерапевта. На протяжении всей процедуры психотерапевт должен очень тонко и точно настраиваться на нужды и специфические характеристики каждого клиента, а также быть готовым скорректировать и изменить направление процесса при первой же необходимости.

Отношение психотерапевта к клиенту должно быть уважительным и ориентированным на его нужды для создания чувства безопасности. Задача состоит в том, чтобы “запустить” у клиента процесс самоисцеления. Любые неспецифические виды помощи, направленные на достижение этой цели (включая способы создания психотерапевтической связи, необусловленной поддержки и уважения), будут усиливать эффективность психотерапии. Как и любые другие формы психотерапии, ДПДГ требует общих клинических умений психотерапевта, в то же время не исчерпываясь ими и не заменяя их.

Установление контакта с клиентом

Прежде всего необходимо установить с клиентом определенные отношения, включающие в себя четкое психотерапевтическое соглашение, признание общих целей и понимание необходимости открытости в общении. Если психотерапевт и клиент не установили достаточно доверительные отношения, техника ДПДГ применяться не может. Клиенты должны чувствовать, что во время процесса переработки они будут находиться в полной безопасности и в конечном счете смогут контролировать ситуацию. Это возможно только в атмосфере безопасности и доверия, установленных во время первого, вводного сеанса. Для достижения такого уровня раппорта при работе с некоторыми клиентами может потребоваться много месяцев; в других же случаях достаточно одного или двух сеансов. Вне зависимости от того, сколько времени потребуется для установления контакта с клиентом, без этого нельзя пытаться применять ДПДГ, так как в противном случае клиент может сорвать лечение во время отреагирования либо отказаться от применения ДПДГ и полностью нарушить психотерапевтический процесс.

Психотерапевт должен убедиться в том, что клиент понимает важность соглашения об открытости при общении с психотерапевтом как во время сеансов, так и в промежутках между ними. Если, например, клиент неверно проинформирует психотерапевта, что его уровень эмоционального беспокойства снизился (он может сделать это, считая, что “так лучше”, чтобы доставить удовольствие психотерапевту или чтобы быстрее закончить процесс лечения), то это может привести к повышению тревожности, обрекая пациента на отсутствие поддержки и беззащитность. Поскольку у многих клиентов есть желание сделать приятное психотерапевту, то важно донести до их понимания, что психотерапевту необходимо получать точные сообщения вне зависимости от желания клиента быстрее завершить процесс переработки. Психотерапевт должен сказать что-нибудь подобное следующему:

> **“Все, что вам следует делать, — это говорить мне правду о своих переживаниях, чтобы я мог принимать правильные решения. В ДПДГ нет “правильных” или “неправильных” переживаний. Просто давайте мне точную обратную связь о том, что происходит. Кроме того, вы полностью контролируете ситуацию. Если вам необходимо будет остановить процесс, сообщите мне об этом. Просто скажите мне, что с вами происходит”.**

Разъяснение теории

Психотерапевт должен объяснить клиенту на доступном языке смысл ДПДГ-терапии. Для большинства клиентов вполне достаточно краткого описания, подобного приводимому ниже: “Когда возникает травма, она оказывается заблокированной в нервной системе”. В дополнение следует сообщить, что эта “заблокированная информация” часто может непрошенно вторгаться в сознание и вызывать чувства безнадежности, беспомощности, страха и т.п.

Обычно клиенты правильно реагируют на подобную инструкцию, так как упомянутые чувства им хорошо знакомы. Например, клиенты, используя собственные специфические выражения, часто говорят о том, что “увязли” или “оказались в ловушке”. Когда психотерапевт предлагает клиентам подобное объяснение, это помогает им преодолеть чувство стыда и вины из-за того, что они не могут справиться со своими симптомами. Подчеркивая, что все эти чувства являются лишь функциональными сбоями в работе нервной системы и не связаны с личностью, психотерапевт оказывает клиенту неоценимую поддержку.

Следует рассказать клиенту, что движения глаз помогают разблокировать скрытую информацию и переработать ее, — возможно, это осуществляется таким же образом, как и во время стадии “быстрого сна”, когда происходят быстрые спонтанные движения глаз. Использование движений глаз в бодрствующем состоянии позволяет обеспечить эмоциональную разрядку “заблокированной информации” целенаправленным и контролируемым образом. Лучше всего использовать объяснение, подобное следующему:

> **“Часто, когда происходят те или иные травматические события, они как бы блокируются в нервной системе вместе с первоначальной картиной события и связанными с этим событием звуками, мыслями и т.п. Хотя переживания заблокированы, они продолжают воздействовать на человека при любом напоминании. Это вызывает дискомфорт и подчас выраженные отрицательные эмоции (страх, беспомощность), при которых мы уже не можем контролировать себя. Такие эмоции связаны с теми зафиксировавшимися переживаниями, которые активируются случайным стимулом.**
>
> **Движения глаз, используемые при ДПДГ, разблокируют нервную систему и позволяют мозгу перерабатывать травматический опыт. Видимо, нечто подобное происходит во время стадии “быстрого сна”, когда у нас возникают сновидения. Движения глаз связаны с переработкой бессознательного материала. Важно помнить о том, что этот процесс происходит у вас мозге, обеспечивая самоисцеление, и что вы сами можете его контролировать”.**

Тестирование движений глаз

Для психотерапевта может быть полезно проверить способность клиента выполнять движения глаз перед тем, как определить травматический материал в качестве предмета воздействия. Используя движения пальцев согласно описанию, приведенному в главе 3, психотерапевт предлагает клиенту следовать глазами за его движениями и дать обратную связь, насколько ему при этом комфортно. Психотерапевт как бы экспериментирует, стараясь определить наиболее удобное расстояние между глазами клиента и своими пальцами и понять, способен ли клиент выполнять движения глаз в разных направлениях. Направ-

ление, в котором клиенту легче всего выполнять движения глаз, часто оказывается наиболее эффективным во время стадии переработки.

Кроме того, следует попробовать различную скорость движений глаз в каждом направлении. Большинство клиентов предпочитают быстрые движения. Психотерапевтам необходимо выяснить, не возникают ли трудности во время выполнения данных упражнений. Если клиент сообщает о затруднениях, в том числе о головных болях, связанных с определенным направлением движений глаз, то в дальнейшем при переработке этого направления следует избегать. Если клиент не способен следить за движениями пальца, то психотерапевту необходимо поэкспериментировать с движениями двух рук и постукиванием по руке.

Теперь самое время напомнить клиенту, что в случае возникновения желания остановить процесс, ему необходимо просто поднять руку или повернуть голову. Такая возможность позволяет клиенту повысить контроль над ситуацией и является важным элементом комфорта и безопасности. Если клиент подаст оба сигнала, психотерапевт должен немедленно прекратить переработку, выяснить, в чем суть возникших проблем, и пойти навстречу потребностям клиента, прежде чем возобновлять процесс. Игнорирование сигнала противоречит самому психотерапевтическому подходу и может привести к подрыву взаимного доверия.

Стадия тестирования обеспечивает возможность опробовать движения глаз, сориентироваться в трудностях и определить тип предпочитаемых сигналов. Психотерапевт может давать клиенту следующие инструкции:

“Давайте просто попробуем различные виды движений глаз, которые мы будем использовать. Если они покажутся вам неудобными, поднимите руку, вот так (показывает) или поверните голову, чтобы дать мне знак. Помните, мне необходима точная обратная связь в отношении того, что с вами происходит.

Когда я подниму вверх палец (показывает), просто сосредоточьте на нем взгляд. Подходит ли вам такое расстояние до пальца? (Подбирает расстояние для максимального комфорта клиента). Хорошо, сейчас просто следите глазами за моими пальцами”.

Техника “Безопасное место”

Я приведу здесь одно упражнение, которое может быть особенно полезным для успокоения клиента и внушения ему уверенности в том, что он сможет вскоре обрести эмоциональную стабильность, сохраняемую при любых беспокойствах. Это упражнение особенно полезно тем клиентам, которые не могут расслабиться, так как чувствуют потребность “сохранять бдительность” — потребность, которая могла быть вызвана сексуальным насилием или возникла в результате участия в боевых действиях. В недавнем исследовании ДПДГ (Wilson et al., in press) о психотерапии посттравматического синдрома сообщается, что данное упражнение особенно полезно для жертв насилия. Однако мы полагаем, что оно пригодно для любых пациентов и служит установлению начальных положительных ассоциаций, связанных с движениями глаз.

Восьмиступенчатое упражнение по созданию безопасного места, кратко описанное здесь, является вариантом техники управляемой визуализации, включен-

ным в уже упоминавшуюся антистрессовую аудиозапись “Освободись от стресса” (“Letting Go of Stress”, Miller, 1994). Если у психотерапевта есть возможность предложить эту (или другую подобную) аудиозапись во время предварительной встречи, можно рекомендовать клиенту выполнять упражнение ежедневно перед началом переработки с помощью ДПДГ. Оно может увеличить эффективность техники самоконтроля.

Цель упражнения — создать в воображении клиента безопасное место перед началом переработки. Этот своего рода эмоциональный оазис будет использоваться для временного отдыха во время переработки, что способствует снижению беспокойства к концу сеанса, а также совладанию с травматическим материалом в интервалах между сеансами. Психотерапевту следует позволить клиенту при необходимости выйти за пределы отведенного на это времени для завершения идентификации безопасного места, а затем тщательно оценить его реакцию. Некоторые клиенты пытаются использовать образ, обычно ассоциирующийся с чувством покоя, но на практике оказывающий на них противоположное действие, поскольку он слишком тесно связан с травматическим событием. Например, клиентка может пытаться представить прекрасное морское побережье, игнорируя возможность ассоциативного возникновения тревожности, связанной со случаем нападения на нее в детстве на берегу океана. Очевидно, что в этом случае должно быть найдено другое безопасное место.

Приведем описание восьмиступенчатого упражнения.

1. *Образ*. Психотерапевт вместе с клиентом идентифицируют образ безопасного места, который клиент может легко вызывать, создавая чувство покоя и безопасности.
2. *Эмоции и ощущения*. Психотерапевт предлагает клиенту сосредоточиться на образе, почувствовать возникающие при этом эмоции и идентифицировать локализацию приятных физических ощущений.
3. *Усиление*. Психотерапевт использует успокоительный гипнотический тон голоса для усиления воображаемых образов и создания соответствующего аффекта. При этом психотерапевту необходимо позаботиться о том, чтобы передать чувство безопасности клиенту, которому предлагается сообщать обо всех испытываемых чувствах.
4. *Движения глаз*. Положительная ответная реакция в дальнейшем может быть расширена с помощью использования серий движений глаз. Психотерапевту необходимо использовать те направления и скорость движений, которые клиент идентифицировал как наиболее комфортные, говоря при этом: **“Создайте в себе образ места, которое вы ощущаете как спокойное и безопасное. Сосредоточьтесь на том, где вы чувствуете в своем теле приятные ощущения, и позвольте себе наслаждаться ими. Теперь сосредоточьтесь на этих приятных ощущениях и следите глазами за моими пальцами”.** В конце серии движений психотерапевт спрашивает клиента: **“Как вы себя сейчас чувствуете?”** Если клиент чувствует себя лучше, психотерапевт может совершить от четырех до шести дополнительных серий движений. Если же положительные эмоции клиента не усиливаются, психотерапевту необходимо попробовать использовать альтернативное направление движений глаз до тех пор, пока клиент не сообщит об улучшении.

5. *Ключевые слова*. Затем клиенту предлагается идентифицировать отдельные слова, подходящие к образу безопасного места (например, “релаксация”, “пляж”, “горы”, “деревья”), повторять их в уме как приятные ощущения. При этом отмечается чувство эмоциональной безопасности, а психотерапевт усиливает его своими указаниями. Такая процедура повторяется четыре-шесть раз вместе с дополнительными движениями глаз.
6. *Личные ассоциации*. Затем клиенту предлагается повторять процедуру самостоятельно, вызывая в себе образ безопасного места с опорой на личные ассоциации (слова и физические ощущения) без выполнения движений глаз. Когда клиент успешно повторит это упражнение самостоятельно, психотерапевт указывает, как его можно использовать для релаксации во время стресса.
7. *Ассоциации, относящиеся к отрицательным чувствам*. Чтобы выделить предыдущий пункт, психотерапевт предлагает клиенту вызвать в себе незначительное беспокойство или раздражение, отмечая сопутствующие отрицательные чувства. Затем он проводит для клиента упражнение до тех пор, пока негативные чувства не рассеются.
8. *Личные ассоциации, связанные с чувством беспокойства*. Затем психотерапевт предлагает клиенту снова вызывать у себя беспокоящие мысли и продолжать упражнение, на этот раз уже самостоятельно, пока не будет достигнуто релаксационное завершение.

По завершении упражнения психотерапевту необходимо проинструктировать клиента, чтобы тот выполнял его дома каждый день, вызывая у себя положительные чувства и ассоциирующиеся с ними слова и образы, используя при этом релаксационную аудиозапись или выполняя другие упражнения на расслабление (например, те, обзор которых дается в главе 9). Затем клиент использует технику обычной релаксации и снижения стресса. В заключение перед началом каждого сеанса ДПДГ психотерапевту необходимо сказать клиенту: **“Помните, это безопасное место всегда доступно вам. Когда вы захотите вернуться в него, просто скажите об этом”.** Психотерапевт должен время от времени использовать движения глаз для того, чтобы подкреплять образ безопасного места. Помимо прочего это усиливает положительные ассоциации с самим процессом движений глаз.

Описание модели

Необходимо напоминать клиенту, что как положительные, так и отрицательные чувства, связанные с воспоминаниями из прошлого, накапливаются и хранятся в его нервной системе. Создавая образ безопасного места, он испытывает приятные чувства; когда он обращается к воспоминаниям прошлого, он будет испытывать беспокоящие чувства.

Полезно разъяснить клиенту, что мозг хранит память о травматическом событии, изолируя это воспоминание и тем самым препятствуя установлению связей с более полезной адаптивной информацией. Когда начинается переработка с помощью ДПДГ, эти взаимосвязи восстанавливаются. Объясняя, как именно возникает другой беспокоящий материал из прошлого, психотерапевт может сделать рисунок, показывающий связь между сетями памяти, — это могут быть

фигуры, подобные показанным на рис. 11. При этом клиенту дается примерно такое объяснение:

> **“Беспокоящие события могут сохраняться в мозге в изолированном виде. Это не позволяет обучаться на основе происходящего. Воспоминания прошлых событий сохраняются в памяти, всплывая снова и снова. В иной части мозга хранится другая информация, требующая разрешения, что препятствует установлению связи с прошлыми событиями. Когда с помощью ДПДГ мы начинаем переработку, возникает связь между этими двумя очагами. Новая информация может проявляться в сознании, что и приводит к разрешению старых проблем”.**

Рис. 11. Разделенные сети избранного в качестве цели травматического воспоминания и адаптивного воспоминания

Затем психотерапевт, используя изображение, подобное рис. 12, отмечает, как возникает связь между двумя сетями памяти.

Рис. 12. Установление связи между сетями целевого и адаптивного воспоминания

Кроме того, клиентам необходимо объяснять, что, когда беспокоящий материал высвобождается и начинается его переработка, запас отрицательных эмоций постепенно истощается. Такое объяснение часто дает клиенту дополнительную уверенность, помогающую при переживании интенсивных эмоций, возникающих во время сеанса. Клиенту необходимо объяснять, что вне зависимости от того, насколько беспокоящими могут оказаться возникающие эмоции, “ничего страшного не произойдет”. Наоборот, необходимо позволить проявиться всему, что всплывает в сознании. Клиент может увидеть, что, вместо того чтобы страдать и “умирать тысячу раз” каждый день, можно освободиться от всего этого с помощью процесса переработки. Клиенту необходимо знать, что неприятные ощущения, возникающие иногда во время лечения, являются признаком высвобождения травматического материала.

Здесь может быть полезной аналогия с поездкой на машине через освещенный тусклым светом туннель. Если водитель хочет быстро миновать туннель, он

нажимает ногой на педаль газа. Если он убирает ногу с педали, то машина замедляет движение и будет ехать по инерции. При ДПДГ движения глаз (или любой другой стимул) можно сравнить с педалью газа. Если серии движений глаз продолжатся, переработка ускоряется, а неприятные ощущения или эмоции могут быть преодолены достаточно быстро. Если же движения глаз преждевременно прекращаются, неприятные ощущения будут испытываться более длительное время. Конечно, клиентов необходимо заверить в том, что, если они захотят на время остановиться и передохнуть, им надо просто подать сигнал психотерапевту.

Описание модели процесса ДПДГ должно включать в себя успокоение клиента и заверение, что, хотя неприятные ощущения и эмоции и в самом деле возникают во время ДПДГ-психотерапии, они могут вызываться переработкой воспоминаний и не представляют никакой действительной опасности. Психотерапевт должен объяснять заботливым и успокаивающим тоном, чтобы у клиента не оставалось никаких сомнений. Чувства страха и собственной уязвимости, проявляющиеся во время психотерапии, иногда бывают весьма интенсивными, и эти переживания не следует приуменьшать или пытаться представить как тривиальные и незначительные. Тем не менее психотерапевту необходимо поддерживать у клиентов способность противостоять этим переживаниям, не пытаясь препятствовать им или избегать их. Необходимо предупредить клиента, что избегание таких эмоций непродуктивно. Психотерапевт может сказать следующее:

“Хотя неприятные образы, чувства и эмоции действительно могут возникать при выполнении движений глаз, вы можете приостановить процесс в любой момент, как только захотите, просто подняв руку, вот так [показывает]. Лучше всего продолжать движения глаз как можно дольше, но если события начнут развиваться слишком бурно, мы всегда сможем остановиться и вы отдохнете. Если вы хотите быстро проехать через темный туннель, вы нажимаете ногой на педаль газа. Если вы уберете ногу, машина замедлит движение и будет катиться по инерции. Подобным образом при преодолении неприятных эмоций продолжение движений глаз помогает нам ускорить процесс.

Выполняя движения глаз, помните о том, что вы просто перерабатываете воспоминания о прошлых событиях. Они могут казаться реальными, но это лишь воспоминания, хранящиеся в нервной системе. И если вы испытываете страх, это вовсе не значит, что в комнате тигр. Необходимо разблокировать мозг и позволить проявиться скрытой информации”.

Формирование ожидания

Клиента полезно заверить в том, что ничто и никто не будет оказывать на него воздействие во время лечения и что воспоминания будут перерабатываться с помощью его собственной способности к самоисцелению; он будет контролировать ситуацию и сможет отдохнуть в любое время, просто использовав сигнал “стоп”. Поскольку большинство жертв травм чувствуют неадекватность и неспособность контролировать свою жизнь, их страхи и негативная самооценка

скорее всего усилятся в том случае, если психотерапевт продолжит процесс после того, как был подан сигнал “стоп”. Какими бы ни были намерения психотерапевта, такой подрыв доверия к нему может нанести вред результатам лечения в целом. Вне зависимости от уровня обеспечиваемой поддержки психотерапевт не может знать о том, сколь сильную боль испытывает клиент в тот или иной момент процесса психотерапии. Поэтому принципиально важно, чтобы клиент имел возможность приостановить процесс по первому же своему желанию.

Предварительное описание всего того, что можно ожидать во время лечения, успокаивает клиента. Особенно полезно заострить внимание на безопасности и совместном участии в процессе психотерапевта и клиента. Часто бывает полезным заверить клиента, что, хотя в процессе психотерапии у него могут возникать бурные эмоции и переживания, их необходимо воспринимать как нечто, проходящее мимо него, как будто он едет в поезде, а его переживания — это просто сменяющиеся пейзажи за окном. Такое объяснение помогает созданию чувства безопасности, предохраняющего от возможной боли, и предполагает, что вне зависимости от того, насколько реальными кажутся болезненные переживания, на самом деле никакой опасности нет, так как клиент во время психотерапии защищен (так, как если бы он действительно находился в движущемся поезде). Подобно различным сценам, наблюдаемым через окно поезда, все происходящее во время ДПДГ-психотерапии так же быстро проносится мимо.

Цель психотерапевта — внушить клиенту, что он должен просто наблюдать переживания, не приписывая им какого-то значения. Необходимо дать возможность переживаниям развиваться естественным путем, позволяя чувствам и эмоциям течь через сознание, не испытывая при этом страха перед возможной повторной травматизацией. Клиенту следует объяснить, что “необходимо просто позволить происходить всему, что происходит”.

Психотерапевт должен сказать клиенту, что, хотя ему предлагают начать процесс с концентрации на образе, иногда может казаться, что удерживать этот образ невозможно. Идея состоит в том, чтобы просто начать сосредоточиваться на избранной цели и позволить переработке происходить по мере выполнения движений глаз. Психотерапевт должен помнить, что при этом может проявиться преобладающая система убеждений клиента. Например, клиент, который всегда рассматривал себя как неудачника, может начать делать заявления типа: “Я, должно быть, делаю что-то не так; мои глаза не могут двигаться”, “Я не могу удержать картину события” или “Я думаю о чем-то другом”. Клиента необходимо заверить, что он все делает правильно.

Психотерапевт должен сказать клиенту, что серии движений глаз необходимо продолжать еще некоторое время. Затем его попросят дать обратную связь, описывая всякую новую информацию, возникающую во время движений глаз. Однако психотерапевту следует избегать перенесения на клиента требований, связанных с тем, как именно необходимо выполнять эти упражнения, а также с результатами лечения или количеством времени, необходимого для переработки. По возможности клиента следует перевести в такое состояние сознания, в котором он будет стремиться позволить процессу идти своим путем, а не пытаться вызывать какие-то специфические события. Если клиент пытается подталкивать ход событий, то процесс, скорее всего, остановится. Возвращаясь к нашей метафоре, можно сказать, что мы даем возможность поезду двигаться по рельсам естественным образом. И клиент, и психотерапевт должны пытаться

сохранять избранный курс в той мере, в какой это будет возможно. Психотерапевт может, например, сказать клиенту следующее:

> **“Когда мы перерабатываем информацию и перебираем воспоминания о давних событиях, могут возникать сцены происшествий, ощущения или эмоции, но ваша задача состоит в том, чтобы просто отмечать их, позволяя им происходить. Просто отмечать сцену, не пытаясь удержать ее или придать ей какое-то особое значение. Если возникнет потребность в отдыхе, просто поднимите руку.**
>
> **Мы начнем работу с сосредоточения на исходном образе. Затем я предложу вам следить глазами за движениями моих пальцев. Спустя некоторое время мы остановимся и обсудим все, что проявилось в ходе процесса. Если вы не можете устойчиво удерживать картину события, выполняя движения глаз, — оставьте эти попытки. Сейчас, когда мы говорим об этом, вам следует сообщать мне, что с вами происходит. Это обратная связь. Иногда что-то будет меняться, иногда — нет. Я могу задавать вопросы. В этом процессе трудно предугадать, что и как будет происходить. Поэтому просто рассказывайте мне обо всем, не пытаясь это оценивать, вне зависимости от того, будет ли вообще происходить что-либо или нет. Пусть все, что происходит, просто происходит. Есть ли у вас ко мне еще вопросы?”**

Развенчание возможных опасений

Всякий раз, давая клиентам инструкции, следует быть внимательным к невербальным сигналам об их желании завершить процесс и отвечать на все возникающие вопросы. При необходимости проиллюстрировать определенные моменты, нужно привести примеры конкретных случаев. Например, для пояснения того, как воспоминания о прошлых событиях оказывают влияние на повседневную жизнь, клиенту можно рассказать о женщине, испытывавшей ужас каждый раз, когда ее шеф гневно на нее смотрел, так как в детстве ее отец почти так же смотрел на нее перед тем, как ударить.

Важно, чтобы клиент хорошо понимал инструкции, так как психотерапевт будет использовать те же аналогии и в процессе переработки, ободряя или успокаивая его при возникновении беспокойства. Таким образом, легче просто напомнить обеспокоенному клиенту, чтобы он воспринимал переживаемый им материал как “сцены, проходящие мимо него”, чем пытаться впервые объяснять клиенту метафору в тот момент, когда тот погружен в сильные переживания, связанные со своим воспоминанием. Предлагаемые здесь образцы инструкций являются просто предложениями; вам необходимо приспосабливать рекомендации и приводимые для их иллюстрации примеры к нуждам каждого отдельного клиента.

Необходимо отметить все вопросы, возникшие у клиента, в том числе его сомнения, опасение сойти с ума, страх не выдержать переживаний, возникающих в процессе лечения, или невозможность справиться с ними. Психотерапевту следует заверить клиента, что, хотя все эти опасения вполне естественны, подобные последствия никогда не наблюдались при использовании ДПДГ. Иногда

у клиентов возникает желание поговорить с каким-нибудь другим человеком, проходившим ДПДГ-психотерапию, прочесть статью об этом или же получить иную форму поддержки (см. приложение III, где описаны психотерапевтические возможности для этого), перед тем как продолжать лечение. *ДПДГ-психотерапию нельзя применять до тех пор, пока клиент не будет к ней готов.*

Если клиент заявляет, что он не готов продолжать процесс переработки — либо с каким-то отдельным воспоминанием, либо вообще, — к этому желанию необходимо относиться с уважением. Если психотерапевт настаивает или даже требует продолжить лечение — например, доверительно сообщая клиенту, что ДПДГ является единственным для него способом излечиться и что клиент "должен" продолжать лечение, — то наиболее вероятен негативный результат. Клиент может оставаться в состоянии тревожности на протяжении всего сеанса, прерывать психотерапевтический процесс на стадии отреагирования или же отмежевываться от происходящего, пытаясь избежать предстоящих испытаний. Если клиент не согласен на проведение ДПДГ и не рассматривает этот процесс как нечто, требующее совместного участия и его, и психотерапевта, то лечение проводиться не должно.

Иногда клиент не желает сосредоточиться на каком-либо воспоминании из-за чувства стыда или вины. В этом случае психотерапевту лучше заверить его, что поскольку процесс переработки происходит на внутреннем плане, то нет необходимости разглашать подробности воспоминания, достаточно просто сообщить о самом факте.

Такая поддержка особенно полезна, если клиент является жертвой изнасилования, чувствует себя униженным; или жертвой сексуальных домогательств, которой угрожали и предупреждали о том, чтобы он не рассказывал о происходившем, а также при работе с ветеранами боевых действий, которых подтачивает чувство собственной вины. С подобными людьми переработка может проводиться успешно даже в том случае, если психотерапевт не вникает в специфические подробности их воспоминаний. Однако часто бывает так, что, когда травматический материал достигает достаточной степени разрешения, клиент приобретает возможность рассказать подробнее о травматическом событии. Такие откровения не должны обескураживать, поскольку для некоторых клиентов большую психотерапевтическую ценность представляет получение отклика или ничем не обусловленной поддержки от психотерапевта. Однако для других клиентов все это не является необходимым для достижения положительного разрешения и их не нужно подталкивать к раскрытию подробностей своего воспоминания.

Способность перерабатывать травматические воспоминания даже в том случае, когда клиент не в состоянии предоставить полную картину события, может быть весьма полезной. Некоторые психотерапевты сами оказывались травмированными яркостью образов клиента (McCann & Perlman, 1990). Когда психотерапевт подвергается такому воздействию подробных сообщений о травматических эпизодах, полезно использовать движения глаз для уменьшения возникающих вследствие этого отрицательных эффектов. Самоуправляемые движения глаз противопоказаны для личностной психотерапии, однако могут быть весьма полезными для быстрого снижения незначительного стресса. Подробнее это рассматривается в главе 9.

Стадия третья: определение предмета

На этапе определения предмета психотерапевт выясняет компоненты целевого воспоминания и определяет основные типы реакции клиента на процесс.

Когда клиент идентифицировал воспоминание, которое будет подвергаться воздействию, психотерапевт спрашивает: **“Что происходит, когда вы думаете о травматическом событии?”** или **“Что всплывает в памяти, когда вы думаете о травматическом событии?”** Реакция клиента будет взята за основу для определения того, как он в настоящее время кодирует информацию. Если такие же вопросы будут заданы клиенту в конце лечения, ответы будут значительно отличаться.

Клиенту предлагают рассказывать все, что он (она) пожелает, отмечая существенные компоненты воспоминания. Однако не следует делать упор на данном аспекте психотерапевтического сеанса; как уже отмечалось, для успешности ДПДГ-психотерапии не требуется, чтобы психотерапевт знал обо всех подробностях травматического события. Помните, на клиента нельзя оказывать давления, чтобы он раскрывал больше деталей травматического события, чем ему удобно. Иногда психотерапевту следует объяснить, что, хотя при других формах психотерапии, с которыми клиент, возможно, сталкивался, и требуется раскрытие всех деталей, для ДПДГ это необязательно и что в этом случае большая часть психотерапевтического сеанса посвящается не обсуждению происшедшего, а непосредственной переработке беспокоящей информации. Ускоренная психотерапевтическая переработка информации запускается, когда начинаются движения глаз. Она происходит с помощью внутренней информационно-перерабатывающей системы клиента, а не за счет взаимодействия с психотерапевтом или его интерпретаций. Клиент должен чувствовать себя в присутствии психотерапевта комфортно и в безопасности, чтобы иметь возможность переживать или вскрывать все, что, по его мнению будет важным. Если клиент не будет сообщать о происходящем, то психотерапевт должен дать ему понять, что в данном случае нет необходимости в его сообщениях.

Выбор представления

После описания всех относящихся к делу деталей травматического воспоминания психотерапевт должен предложить клиенту определить отдельный образ, с которого начнется лечение. И даже если этот образ не будет достаточно ярким, он позволит получить первоначальный доступ к сети памяти, представляя отдельное конкретное событие, а не абстрактную мысль (например, общую идею сексуальных домогательств или боевых действий во время войны). Хотя клиент часто не может удерживать образ после того, как начаты движения глаз, само избрание такого образа обеспечивает первоначальную связь с информацией, хранящейся в нервной системе.

В частности, психотерапевт спрашивает у клиента: **“Какая картина полностью представляет собой травматическое событие?”** Если у клиента есть много вариантов ответа или если он чувствует себя смущенным, психотерапевт помогает следующим вопросом: **“Какая картина представляет наиболее травматическую часть события?”.** Когда такая картина недоступна, психотерапевт предлагает клиенту просто **“думать о событии”.**

Помните, образ является лишь одним из возможных проявлений беспокоящей информации, связанной с травматическим событием и хранящейся дисфункционально. Хотя образ вначале может быть диссоциированным, неясным, размытым или может стать рассеянным и недоступным после последующей переработки, в том случае, если клиент просто будет думать о травматическом событии, это даст доступ к нему и будет стимулировать избранную в качестве цели травматическую информацию. Кроме того, некоторые клиенты не думают и не помнят о событии в образной форме. На стадии определения предмета воздействия выясняются основные проявления травматического события (будут ли это образы, физические ощущения, эмоции или что-либо еще). Кроме того, на данной стадии устанавливается доступ к избранной в качестве цели информации. Если клиенту предлагают просто думать о травматическом событии, то клиент таким образом стимулирует свои собственные субъективные связи.

Идентификация отрицательного самопредставления

Следующий шаг состоит в идентификации отрицательного самопредставления, т.е. негативных утверждений, связанных с травматическим событием. Хотя событие могло происходить в весьма отдаленном прошлом, его восстановление в памяти скорее всего вызовет чувство дисфункциональности и дистресса, что будет подпитывать негативные самопредставления клиента. Клиенту предлагается изолировать существующие в настоящее время самоограничивающие или самопринижающие убеждения о самом себе или своем участии в травматическом событии. Иными словами, когда происходит стимулирование хранящейся информации, возникает много различных эмоций, окрашивающих нынешнее восприятие клиента, и эти эмоции могут быть вербализированы в виде отрицательных представлений.

У клиента могут возникать трудности в высказывании своих отрицательных представлений. Он может испытывать стеснение, смущение, тревожность или не понимать, что означают его представления. В таком случае ему следует объяснить, что эти самоограничивающие оценки являются иррациональными и что их можно сравнить с противоречием между тем, что (как *знает* это клиент) является истинным, и тем, что он *чувствует*. Осознавание такой эмоциональной реакции возникает независимо от логики и часто необходимо для снижения замешательства клиента, чтобы тот мог высказать свои отрицательные самопредставления. Иногда могут помочь такие слова психотерапевта: **“Отметьте то, что вы думаете о себе в самые худшие мгновения, даже если вы знаете, что это не соответствует действительности”.** Однако для большинства клиентов необходимо просто понимание идеи иррациональных отрицательных убеждений.

Так, психотерапевт может спросить у клиента: **“Какие слова лучше всего соответствуют картине, выражающей ваши отрицательные самопредставления о самом себе, или вашего переживания?”**

Когда клиент не может определить отрицательное самоутверждение, психотерапевт должен предложить ему перечень негативных представлений, таких как: “Я не достоин уважения / бессилен / не способен на любовь”, “Мне нужно было бы сделать что-то”, “Я буду покинут” или “Я никогда не смогу достичь

успеха". Для психотерапевта важно использовать как вербальные, так и невербальные намеки, дающие клиенту возможность избирать или отбрасывать эти утверждения. Психотерапевт может также составить перечень отрицательных представлений (это обсуждается в главе 3 и приложении I) и предложить его клиенту для выбора возможного варианта. Если эти подходы не будут успешными, психотерапевт после предложения клиенту удерживать в сознании травматическое воспоминание может спросить: **"Какие у вас есть мысли о самом себе?".** Затем психотерапевт может помочь ему сформулировать соответствующее отрицательное представление.

Если проявляющиеся мысли, эмоции или ситуации вызывают сильное замешательство или слишком сложны, необходимо продолжать психотерапевтический процесс без отрицательного самопредставления. Однако если будет возможность, хотя бы одно из таких самопредставлений должно быть определено. Несмотря на то, что сама стадия определения предмета вместе с выяснением отрицательного самопредставления воспринимаются клиентом как нечто иррациональное, она может существенно помочь психотерапевтическому процессу. Кроме того, точное определение соответствующего отрицательного самопредставления воспринимается как нечто, позволяющее получить более полный доступ к этому слою дисфункционального материала для последующей его переработки.

Психотерапевту необходимо убедиться в том, что отрицательное самопредставление является самоотношением, выраженным в настоящем времени, и представляет собой убеждение клиента, а не просто описание текущих обстоятельств. Например, выражение "Я бессилен" — хороший пример отрицательного самопредставления. Утверждение "Я не контролирую себя" — не столь удачный пример, так как это описание. Психотерапевт должен объяснить клиенту, что поскольку процесс ДПДГ не может изменить ничего, что является фактически верным, то эта техника не будет эффективной при применении ее к утверждениям типа "Я бессилен", представляющим собой верное описание прошлых обстоятельств, которые уже не могут быть изменены.

Кроме высказываний клиента, сформулированных в настоящем времени, психотерапевт должен стараться избегать высказываний, просто выражающих эмоции. Например, хотя утверждение типа "Я напуган" правильно описывает эмоции, испытываемые в настоящее время, оно не может быть использовано для ДПДГ. Психотерапевтическая цель состоит в идентификации представлений, являющихся своего рода клеветой на самого себя, так же как и самоограничивающих утверждений, не являющихся верными в настоящее время. Подходящим отрицательным самопредставлением в данном случае может быть утверждение "Я бессилен" или "Я нахожусь в опасности" (если первичной проблемой клиента является страх). В сущности, это иррациональное представление, так как само травматическое событие произошло уже достаточно давно.

Если же существует действительная причина для страха в настоящее время — например, если преступник продолжает выслеживать жертву изнасилования, — то ДПДГ не сможет изменить информацию, вербализированную в форме соответствующего утверждения, поскольку эта информация не является дисфункциональной. И хотя сообщения психотерапевтов указывают на то, что ДПДГ не устраняет никаких здоровых реакций (например, с неизбежностью возникающих как побуждение внести коррективы в свои действия), в подобном случае должна быть найдена альтернативная цель. При существовании действи-

тельной опасности психотерапевт и клиент должны исходить в своей работе из существующих в реальной жизни возможностей и пытаться снизить чрезмерный страх путем фокусирования на отрицательном самопредставлении типа "Я бессилен". Такой чрезмерный страх должен быть снижен, так как он может парализовать клиента и препятствовать выполнению необходимых действий. В одном из случаев после переработки чрезмерного страха, связанного с образом мужчины, изнасиловавшего клиентку, та решила переехать в другой город, поскольку не могла получить надежную защиту со стороны полиции. Позднее она поняла, насколько правильным было это решение — насильник был арестован только после того, как убил свою следующую жертву.

Психотерапевт не должен соглашаться с представлениями, которые просто словесно выражают тот или иной неблагоприятный детский опыт. Помните, что точное описание травматического события вне зависимости от его природы не будет изменяться при ДПДГ. Утверждения типа "Отец не любил меня", "У меня нет никаких шансов" или "Это несправедливо" должны быть преобразованы в соответствующие отрицательные представления путем задавания клиенту наводящих вопросов, например: **"Какие чувства в отношении себя все это вызывает у вас?"** Тогда появится соответствующее отрицательное представление, принимающее форму самообвинения, например: "Со мной что-то не так" или "Я не способна на любовь". Для того чтобы отрицательное представление было более эффективным, оно должно быть выражено собственными словами клиента и сопровождаться связанными с этим значимыми эмоциями. Даже если психотерапевт способен выразить это представление изящнее, он должен позволить клиенту использовать собственные слова, близкие ему и вызывающие чувства, конгруэнтные этому утверждению.

Так же как и в случае с положительным самопредставлением, отрицательные самопредставления будут скорее общими утверждениями в отношении самого клиента, не связанными с какими-либо подробностями травматических событий. Например, клиент будет способен переработать больше материала, относящегося к детскому опыту, при использовании общего отрицательного представления типа "Я всегда проигрываю", а не более специфического "Я всегда проигрываю при игре в бейсбол".

Создание положительного самопредставления

Когда отрицательные самопредставления идентифицированы, должно быть создано положительное самопредставление. Оно является вербализацией желаемого состояния (убеждения, являющегося сущностью положительных эмоций), диаметрально противоположного отрицательному представлению. Такая самооценка, дающая возможность разрешения, включает в себя определенные личностные проявления, так же как и в случае отрицательного представления. Самооценка должна быть высказана в позитивных выражениях, указывающих на то, как именно клиент предпочитает думать о себе в настоящее время, когда травматическое событие уже произошло. Например, психотерапевт может спросить: **"Как бы вам хотелось относиться к травматическому событию или к самому себе?"** Если ответ будет позитивным, то положительное представление будет включать в себя упоминаемую клиентом область контроля, и, таким образом, способность клиента усиливать и инкорпорировать новое для него чувство

собственного достоинства, делая тем самым эффективный выбор, каждый из которых можно считать проявлением эффекта ДПДГ-психотерапии.

Положительное представление делает возможной генерализацию позитивной самооценки по всей нейросети, что с помощью принципа ассоциации будет оказывать влияние не только на восприятие клиентом прошлых событий, но и на его оценку настоящего и ожидания в отношении будущего. Положительное представление должно быть наиболее позитивным утверждением, которое клиент может представить себе, даже если в это трудно поверить в настоящее время. Для достижения еще более высокой самооценки важно, чтобы “не” вообще не использовалось в положительных представлениях. Например, выражения “Я не буду проигрывать” или “Я не буду некомпетентным” не предлагают клиенту положительную самооценку и не способствуют образованию прямой связи с хранящейся в мозге соответствующей положительной информацией в такой степени, как это делают выражения “Я могу преуспеть” или “Я компетентен”. В тех случаях, когда это возможно, положительное представление должно включать в себя новую самооценку, связанную с положительным вариантом будущего.

Исключения из этого правила могут быть сделаны лишь тогда, когда переполняющее чувство страха, связанного с травматическим событием, является первичным проявлением дисфункции. В этом случае соответствующее положительное представление может просто фиксировать инцидент исключительно в прошлом, даже если постоянное чувство страха и навязчивые воспоминания являются наиболее беспокоящими аспектами события. Полезным может быть следующее характерное положительное представление: “Все это преодолено; сейчас я в безопасности”. Кроме того, как уже рассматривалось в главе 3, с чувством вины у преступника можно работать, используя утверждения типа “Я сделал лучшее из того, что мог”, “Я многому научился из случившегося” и “Сейчас у меня есть возможность сделать другой выбор”.

Важно, чтобы психотерапевт определил степень соответствия положительных представлений клиента. Психотерапевт должен убедиться, что положительная самооценка имеет силу для клиента, являясь убеждением, относящимся к избранному в качестве цели воспоминанию. Утверждения, в которых желаемое выдается за действительное, например: “Я могу доверять каждому” или “Это никогда не произойдет”, являющиеся попытками переписать собственную историю, будут подрывать эффективность психотерапии. Любые попытки использовать неподлинные представления будут приостанавливать переработку. При ДПДГ не происходит инкорпорирование в систему убеждений клиента всего, что является неуместным или недействительным. По этой причине психотерапевты должны относиться с опасением к любыми положительным представлениям, использующим такие слова, как “всегда” и “никогда”. Например, утверждения типа “Я всегда буду достигать успеха” и “Я никогда не буду проигрывать” можно считать неуместными.

Психотерапевт может считать оптимальными только те положительные представления, которые отвергнуты клиентом как слишком нереалистичные в его нынешнем психологическом состоянии. При этом психотерапевт должен быть достаточно сензитивным для того, чтобы принять утверждения, кажущиеся правильными для клиента и более всего помогающие ему продвинуться в положительном психотерапевтическом направлении. Одна из клиенток, жертва сексуального домогательства со стороны отца, хотела использовать утвержде-

ние “Я — ребенок, подвергавшийся злоупотреблениям” в качестве положительного представления, так как это воспринималось ею как нечто диаметрально противоположное отрицательному представлению “Я шлюха”. Хотя первое утверждение носит явно описательный характер и не применимо к настоящему времени, оно является первым шагом к освобождению клиентки от чувства вины за то, что она была жертвой сексуальных домогательств. Подобным же образом клиентка могла начать с принятия положительного представления “Я могу научиться доверять себе”, прежде чем принять утверждение “Я могу доверять своей оценке”. Помните, что, когда ДПДГ-психотерапия начата, положительное представление может либо само возникать у клиента, либо быть внушенным ему психотерапевтом в зависимости от готовности клиента. Однако для клиента принципиально важно чувствовать, что он контролирует ситуацию; навязывание отрицательных или положительных представлений вне зависимости от того, насколько они красиво звучат, скорее всего принесет только вред.

Оценивание соответствия представлений

Когда у клиента сформировано положительное представление, уровень его оценки по Шкале соответствия представлений является основой для определения того, насколько оно реалистично (и не является ли результатом принятия желаемого за действительное). Психотерапевт спрашивает клиента: **“Когда вы воспроизводите сейчас картину события и повторяете слова [психотерапевт приводит высказывание, отображающее положительное представление], насколько в этой картине вы соответствуете идеальному представлению о себе, по вашему ощущению, в баллах от 1 до 7, где 1— ни на сколько, а 7— вполне?”**

Иногда необходимы дальнейшие объяснения: **“Помните, иногда мы знаем нечто умом, но “нутром” чувствуем совершенно иначе. В этом случае, как вы можете “нутром” оценить слова [психотерапевт произносит высказывание, отражающее продолжительное представление] от 1 (полностью не соответствует) до 7 (полностью соответствует)?”**

Если клиент сообщает, что желаемое представление нельзя оценить выше, чем в 1 балл, то психотерапевт должен пересмотреть высказанное им утверждение — нет ли в нем изъянов на уровне логики; какова его применимость к реальной ситуации и экологическая валидность (т.е. насколько это утверждение действительно и соответствует нынешней окружающей обстановке клиента). Хотя некоторые клиенты ДПДГ будут вполне успешно усваивать положительные представления, первоначально оцененные в 1 или 2 балла, такая низкая оценка часто является признаком явного несоответствия.

Как уже обсуждалось ранее, со стадией определения предмета связаны многие положительные психотерапевтические эффекты, возникающие в это время. Однако если на данной стадии у клиента начинается процесс отреагирования, психотерапевту не нужно форсировать определение предмета воздействия, а следует начинать переработку. Поэтому он должен дать клиенту соответствующие указания, теоретические объяснения и метафоры еще до того, как начнется стадия определения предмета. Можно ожидать, что по мере развития данной стадии у клиента будет происходить все большая стимуляция. Компоненты процедуры ДПДГ (и та цель, для которой они используются) специально при-

способлены для того, чтобы обеспечивать доступ к дисфункциональной информации. Когда это сделано, уровень дистресса у клиента возрастает и психотерапевт должен быть готов начать переработку, чтобы помочь облегчить его тревожность. Поэтому, хотя дискомфорт может возникать даже при идентификации представления, психотерапевту необходимо осознавать, что задача измерения уровня эмоций и физических ощущений состоит в том, чтобы достаточно хорошо стимулировать избранный в качестве цели материал. После завершения такой активации и последнего напоминания клиенту о характере процедуры ДПДГ и возможных ожиданиях, сразу же должны быть начаты серии движений глаз.

Наименование эмоций

Для того чтобы окончательно определить основные меры и стимулировать дисфункциональный материал, клиенту предлагают вызвать образ события и удерживать его в уме вместе с отрицательным представлением. В частности, психотерапевт говорит клиенту: **“Когда вы сосредоточиваетесь на картине и повторяете слова [психотерапевт произносит выражение, соответствующее отрицательному представлению], какие эмоции у вас возникают?”**

Подобное сведение воедино образа и отрицательного представления будет стимулировать дисфункциональный материал, причем с большей интенсивностью, чем это могли бы делать образ и отрицательное представление по отдельности. Клиенту предлагают назвать возникающие при этом специфические эмоции, что будет предотвращать путаницу в том случае, если в дальнейшем понадобится описывать переживания при переработке информации с первоначальным использованием Шкалы субъективных единиц беспокойства (т.е. просто сообщая количество баллов по шкале после каждой серии движений глаз). Такая реакция может привести психотерапевта к выводу, что ничего не изменяется, хотя в действительности эмоции будут изменяться от чувства вины до гнева и страдания. Психотерапевту также необходимо помнить, что оценивание по Шкале субъективных единиц беспокойства может очень быстро возрастать при проявлении новых эмоций.

Определение субъективных единиц беспокойства

После того как клиент назвал испытываемые им эмоции, должна быть выполнена оценка по Шкале СЕБ. Психотерапевт должен спросить: **“Как бы вы оценили свои чувства, от 0 (нейтральное состояние покоя) до 10 (наихудшее из того, что вы можете представить)?”**

Если клиент испытывает достаточно много различных эмоций, то оценивание по Шкале СЕБ производится только для общего уровня беспокойства, а не для каждой отдельной эмоции. Определение уровня беспокойства создает основу понимания происходящего не только для психотерапевта, но и для клиента. Даже если травматическое воспоминание клиента на протяжении одного сеанса не переработано полностью, уровень субъективных единиц беспокойства обычно понижается. Это создает у клиента чувство достижения, что является одной из целей всякого психотерапевтического сеанса.

Идентификация ощущений в теле

Затем психотерапевт спрашивает: **“Где в теле вы испытываете те или иные ощущения?”** Клинический опыт применения ДПДГ показывает, что реакция тела на травму часто является важным аспектом лечения. Сам данный вопрос предполагает, что существует физический резонанс с дисфункциональным материалом. Хотя клиенту предлагают определить, где именно локализируется телесное ощущение, нет необходимости предлагать ему подробно описывать ощущения, так как это будет только тормозить процедуру за счет включения в нее не относящихся к делу подробностей.

Клиента, которому трудно определить локализацию телесных ощущений, необходимо специально проинструктировать. Одно из полезных для клиента последствий подобного инструктажа состоит в том, что такая подготовка дает ему дополнительную уверенность для вербализации, присущей большинству форм традиционной психотерапии. Таким образом, сосредоточение на телесных ощущениях, стимулируемых во время продолжающихся серий движений глаз, освобождает клиента от необходимости сосредоточиваться на болезненных для него мыслях или тягостных сценах.

Определение локализации телесных ощущений во время последовательных серий движений глаз часто бывает необходимым для оценивания эффективности процесса ДПДГ, что закладывает основу для следующей стадии процедуры. Однако психотерапевту необходимо осознавать, что многие клиенты могут нуждаться в специальном обучении для повышения осознания своих ощущений, поскольку они привыкли психологически отделять себя от своего тела — либо в результате продолжающихся беспокоящих состояний, либо вследствие убеждения, что их потребности все равно не будут удовлетворены.

Психотерапевты могут помогать некоторым клиентам локализовать телесные ощущения, обращаясь к их оценкам по Шкале субъективных единиц беспокойства: **“Вы говорили, что оцениваете свое состояние в 8 баллов по Шкале СЕБ. Где именно в своем теле вы бы поместили область, в которой находятся эти 8 баллов?”** Если клиент по-прежнему оказывается неспособным дать ответ, психотерапевту необходимо мягко предложить дополнительную помощь, например чтобы клиент следовал таким простым и ненавязчивым инструкциям:

> **“Закройте глаза и отметьте, какие ощущения вы испытываете в своем теле. Сейчас я буду предлагать вам думать о некоторых вещах, а вы отмечайте, какие изменения будут происходить в вашем теле. Итак, сосредоточьтесь на ощущениях в теле. Теперь думайте о травматическом воспоминании (или вызывайте его картину). Расскажите, что изменилось в ваших ощущения. А сейчас добавьте к этому следующие слова [психотерапевт произносит выражение, соответствующее отрицательному представлению]. Что изменилось сейчас?”**

Большинство клиентов способны отмечать возникновение напряженности в мышцах, ускорение пульса или же учащенность дыхания. Вне зависимости от того, велики ли эти изменения, они должны быть избраны в качестве цели воздействия. Кроме того, это часто увеличивает степень осознавания клиентом других ощущений.

Психотерапевт должен быть очень внимательным к любым проявлениям реакции клиентов, пытающихся отказаться от осознавания своего тела при проявлении физических ощущений. Например, когда клиент говорит: “Я чувствую оцепенение”, “Я чувствую себя зажатым” или “Я чувствую себя разделенным на части”, это указывает на специфический набор ощущений, которые могут приниматься за особое эмоциональное содержание, якобы указывающее на отсутствие ощущений. Для получения такой вербализации психотерапевт должен предложить клиенту локализировать ощущения (“Где вы чувствуете заблокированность?”) и затем сосредоточиваться на этой области.

Некоторые клиенты неспособны идентифицировать локализацию ощущений в теле, даже несмотря на предварительную подготовку, и в этом случае психотерапевт должен изменить инструкции, предлагая сосредоточиться на других компонентах цели. Однако одной из психотерапевтических целей будет обретение клиентом возможности большего доступа к физическим ощущениям в теле и эмоциям. Часто данной цели легче достичь во время переработки или после преодоления наиболее страшных воспоминаний.

Важность компонентов процедуры

Для того чтобы начать процесс ДПДГ, клиент должен быть в достаточной степени подготовлен, а психотерапевту необходимо иметь достаточное количество информации. Следующие четыре стадии лечения (десенсибилизация, инсталляция, сканирование тела и завершение) будут описаны в главе 6. Однако прежде чем продолжать, напомним, что психотерапевт должен уделять внимание всем компонентам процедур ДПДГ, так как каждый из них является психотерапевтически эффективным. Для этого есть ряд причин, в том числе следующие.

1. Использование отрицательных и положительных представлений является необходимым элементом для того, чтобы наиболее эффективно сформулировать сущность случая. Кроме того, идентификация и вербализация отрицательного представления дают клиенту возможность увидеть иррациональность его нынешних убеждений, в то время как положительное представление предлагает альтернативу, выполняющую роль света в конце туннеля. Этот фактор может вдохновлять клиента, приободрять его, и само согласие продолжать лечение возникает из веры, что альтернатива действительно возможна.

2. Использование Шкалы субъективных единиц беспокойства и Шкалы соответствия представлений дает клиенту возможность выразить данные о своем состоянии в количественной форме, даже если сеанс был незавершенным. Чувство достижения результата, возникающее у клиента, так же как и чувство объяснимости происходящего, возникающее у психотерапевта, дают возможность производить дальнейшую оценку новых блоков и новых целей для переработки.

3. Использование физических ощущений в качестве точки фокусировки во время переработки позволяет клиентам, которым мешает отрицательное содержание их мыслей, сконцентрироваться на факторе, не несущем в себе никакого отрицательного личностного содержания. Более того, это дает возможность клиентам, склонным увязать в чрезмерном самоанализе, сосредоточиться на факторе, отменяющем их потребности и создающем буфер в отношении отрицательных аффектов.

4. Идентификация компонентов травмы (образ, представление и т.п.), последующее привлечение их в сознание и затем освобождение от травматической образности, использование метафор и сигналов рукой — все это предназначено для убеждения клиента в том, что он (она) как личность представляет собой нечто большее, чем только патологию, и может вполне эффективно оставаться в роли наблюдателя того, что ранее переполняло и тяготило его. Данный процесс предоставляет пациенту бóльшую возможность для обретения чувства понимания, достижения успеха и контроля, что и является сущностным результатом любого успешного психотерапевтического воздействия. Кроме того, последующее воздействие, производимое тогда, когда клиент сохраняет чувство контроля, способствует процессу разобусловливания.

5. Движения глаз сами по себе приводят к очевидному разрешению негативного аффекта, создаваемого целевым воспоминанием, и в то же время представляют собой задание для клиента, которое он может успешно выполнить и в результате обрести чувство собственной эффективности. Даже если последующие исследования когда-нибудь покажут, что и другие стимулы являются столь же эффективными, как движения глаз, совмещение движения руки психотерапевта и глаз клиента может создавать чувство совместной работы, и это дает клиенту поддержку в периоды наибольшей тревожности. Кроме того, использование движений глаз дает психотерапевту хорошую возможность контролировать, в какой степени клиент уделяет внимание выполнению задания, что весьма полезно при лечении сильно травмированных индивидов, которые в ином случае могут отстраняться от травматического материала и просто смотреть в пространство. Внимательное слежение психотерапевта за ходом процесса и установление у клиента двойной фокусировки внимания может приводить к сравнительной легкости прохождения процесса ДПДГ в отличие от интенсивного отреагирования, вызываемого гипнотическим путем. Проведенные клинические сравнения двух состояний указывают на то, что процесс ДПДГ гораздо менее травматичен для клиента, чем техника погружения, и поэтому ДПДГ легче выполнять как клиенту, как и психотерапевту (Lipke, 1992, 1994, приложение IV).

Практика под наблюдением

Инструкторы, обучающие ДПДГ, могут пожелать, чтобы упражнения выполнялись под их наблюдением, включая стадии подготовки и определения предмета. Особое внимание должно быть уделено использованию движений глаз, упражнению по созданию безопасного места и формированию отрицательного и положительного представления. Образец контрольного бланка приводится в приложении I.

Итоги и выводы

Вторая и третья стадии ДПДГ-психотерапии являются чрезвычайно важными частями данной техники. Подготовка к лечению с помощью ДПДГ включает в себя установление раппорта и адекватных взаимных обязательств клиента и психотерапевта, что дает клиентам чувство безопасности и формирует у них способность точно сообщать психотерапевту обо всем, что они испытывают при начале переработки. На стадии подготовки клиенту следует рассказать о воз-

можных эффектах лечения. После объяснения клиентам теории ДПДГ и определения их ожиданий психотерапевты должны тщательно определить все интересы клиента. Упражнение по созданию безопасного места является важным элементом стадии подготовки, способствующей успеху процесса.

На третьей стадии психотерапевту необходимо обеспечить определение текущего состояния клиента (образ, представления, соматические реакции, измерение уровня по Шкале субъективных единиц беспокойства и Шкале соответствия представлений), прежде чем начать ускоренную переработку. Специфические инструкции, применяемые на этой стадии для проведения основных измерений и обеспечения доступа к избранному в качестве цели травматическому материалу, предназначенному к последующей переработке, — это только возможные варианты. Психотерапевту необходимо понимать все аспекты ДПДГ-психотерапии, для того чтобы его инструкции и метафоры были действительно эффективными.

Подготовка клиента является принципиально важной частью ДПДГ, так как в это время устанавливаются психотерапевтические условия, способствующие возникновению у клиента чувства безопасности, способствующего воздействию на травматическое воспоминание вместо его избегания, которое может только сохранять и усиливать последствия первоначальной травмы.

Стадия определения предмета включает в себя приобретение доступа к травматическому воспоминанию, что стимулирует информацию, отложившуюся в памяти во время травмы. Психотерапевты должны осознавать, что на этой стадии дистресс у клиента может усиливаться. Стимулирование и начальная переработка начинается еще перед тем, как происходит воздействие на травматический материал с помощью движений глаз.

Конечная цель психотерапии состоит в том, чтобы усиливать у клиента чувство самоуважения и самоэффективности. Для достижения этой цели психотерапевт усиливает данные чувства клиента на каждой стадии лечения. Клиент должен почувствовать обретение силы и способности контролировать ход психотерапевтического сеанса. ДПДГ — это центрированный на клиенте подход, в котором психотерапевт стимулирует у клиента самоисцеляющий процесс.

6. СТАДИИ С ЧЕТВЕРТОЙ ПО СЕДЬМУЮ: ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, ИНСТАЛЛЯЦИЯ, СКАНИРОВАНИЕ ТЕЛА И ЗАВЕРШЕНИЕ

Самое главное в этом мире — не столько то, где мы находимся, сколько то, куда идем.

Оливер Уэнделл Холмс

В данной главе обсуждаются стадии десенсибилизации, инсталляции, сканирования тела и завершения ДПДГ-психотерапии. Первые три стадии связаны с ускоренной переработкой избранного в качестве цели травматического воспоминания, а стадия завершения описывает процедуры и информацию, которые будут использованы для обсуждения, проводимого с клиентом в конце сеанса ДПДГ. Для каждой стадии мы предлагаем обзор теоретического материала (что подкрепляется соответствующей информацией, приведенной в главе 3) и психотерапевтических целей, а также приводим образцы инструкций, которые психотерапевт должен давать клиентам.

Данная глава предлагает некоторые общие руководства для эффективной переработки. Психотерапевтические стратегии для повторного стимулирования заблокированной системы переработки будут описаны в следующей главе, а продвинутые стимулирующие методы для клиентов с более высоким уровнем беспокойства — в главе 10. Материал, приведенный в этой главе, должен быть предварительно проверен во время практического сеанса, при котором психотерапии подвергается клиент с низким уровнем беспокойства, и только после этого в качестве цели может избираться более сложный материал.

Ускоренная переработка воспоминаний

После того как психотерапевт тщательно подготовил клиента и определил всю основную информацию, касающуюся цели воздействия, начинается стадия ускоренной переработки. Когда последний этап (локализация телесных ощущений) стадии определения предмета завершен, психотерапевт должен описать клиенту механизм работы ДПДГ, подчеркнув, что никакая информация не должна отбрасываться. Последний момент особенно важен для клиентов, работающих над идентификацией травмы, полученной во взрослом возрасте. Во время процесса у них иногда всплывают детские воспоминания, но они могут посчитать, что эти воспоминания не имеют отношения к проблеме, и игнорировать их. В действительности же ранние воспоминания часто оказываются основной причиной высокого уровня дистресса и поэтому становятся тем объектом, на котором будет сфокусирована следующая серия движений глаз. Принципиально важно напомнить клиенту, чтобы тот отмечал все, что будет возникать во время переработки, и максимально точно сообщал об этом психотерапевту. Поскольку после того, как на начальной стадии клиенту объяснялась сущность психотерапии, уже прошло некоторое время, такие дополнительные напоминания делать необходимо. Психотерапевт должен быть внимательным к

любым признакам замешательства или колебания, проявляющимся у клиента. Напоминания с его стороны могут быть примерно такими:

> **“Помните, что процесс исцеления осуществляется вашим мозгом и вы сами всегда контролируете происходящее. Я предложу вам мысленно сосредоточиться на цели и следить глазами за моими пальцами. Пусть происходит все, что происходит, а в конце серии движений глаз мы поговорим об этом. Рассказывайте мне обо всем, что будет происходить, ничего не отбрасывая, как малозначимое. Любая новая информация, всплывающая в сознании, так или иначе связана с остальной. Если захотите остановить процесс, просто поднимите руку”.**

Затем психотерапевт предлагает клиенту удерживать в уме образ вместе с отрицательным представлением, осознавая ощущения, возникающие при этом в теле. Например, психотерапевт может сказать: **“Вспомните картину события и слова [психотерапевт повторяет выражение, соответствующее отрицательному представлению] и отметьте, где именно в теле вы испытываете эти чувства. А сейчас следите глазами за моими пальцами”.** Говоря метафорически, это можно сравнить с направлением трех лазерных лучей на дисфункционально хранящийся материал. Одновременное удерживание в уме всех трех элементов обычно определяет уровень реакции клиента. Это делается исключительно для того, чтобы установить первоначальную связь с дисфункциональным воспоминанием. После того, как начаты движения глаз, будут возникать новые мысли, образы и чувства. Например, после первой серии движений глаз отрицательное представление обычно уже не используется при переработке (исключения из этого правила обсуждаются в главе 7). Подобным же образом клиент не должен пытаться удерживать образ, с которого был начат процесс. Этот образ был просто первоначальной точкой фокусировки для вхождения в сеть памяти.

Сразу же, после того как достигнут травматический материал, психотерапевт начинает серии движений глаз. Первая серия обычно должна состоять из 24 движений, выполняемых горизонтально (как показали клинические наблюдения, серия из такого количества движений создает выраженный эффект переработки у большей части клиентов). Первоначальная серия движений глаз служит для определения того, является ли горизонтальное направление движения эффективным для клиента. Психотерапевт должен в мягкой форме помогать усилиям клиента, говоря ласковым голосом “Хорошо” во время выполнения серий движений глаз. Это часто поддерживает клиентов, не уверенных в том, что они выполняют движения правильно.

В конце серии движений глаз психотерапевт говорит: **“Отдыхайте / пусть все идет, как идет / забудьте об этом / сделайте вдох и выдох”.** Когда клиенту говорят “забудьте об этом”, то травматический материал как бы скрывается завесой. Клиентам не нужно закрывать глаза, так как это может привести к отстраненности от происходящего и состоянию, подобному трансу. Такой период перефокусировки служит для того, чтобы прервать предыдущее интенсивное сосредоточение, позволить клиенту отдохнуть, переориентироваться и подготовиться к вербализации нового информационного плато. Способность отстра-

ниться на время от всего беспокоящего без слов учит клиента тому, что он представляет собой нечто большее, чем только его патология, и что он может контролировать собственные переживания. Изменение характера движений глаз и инструкций производит постепенное воздействие на целевое воспоминание и дает психотерапевту возможность оценить прогресс.

Для усиления связи с клиентом в конце серии движений глаз, после инструкции сделать вдох и выдох, психотерапевт и клиент могут совершать вдохи и выдохи в одном ритме. Такие неспецифические элементы лечения способствуют возникновению положительных психотерапевтических эффектов при использовании любой техники. Важно создать у клиента чувство взаимосвязи и групповой работы, сохраняющееся на протяжении всего сеанса.

Когда клиент проявляет готовность, психотерапевт еще раз проверяет контакт с ним, спрашивая: **“Что происходит сейчас?” или “Что всплывает в сознании?”.** Это позволяет ему установить более тесный контакт с клиентом и получать информацию обо всех аспектах события, подвергаемого переработке, а также о текущем состоянии целевого материала. Клиент при этом будет вскрывать новую информацию, образы, эмоции или преобладающие ощущения. Психотерапевт должен оценивать, происходит ли переработка. Если клиент говорит, что у него ничего не происходит, психотерапевт должен направлять клиента, чтобы тот снова думал об инциденте, спрашивая его: **“Что приходит на ум, когда вы думаете о травматическом инциденте?”**

При этом психотерапевт не должен требовать, чтобы клиент рассказывал обо всех частных аспектах события, давая ему возможность самому отметить, что является наиболее важным. Это необходимо для того, чтобы переработка могла продолжаться и в период между сериями движений глаз. Для одних клиентов центром фокусировки может быть изменение образа, для других — новый инсайт или изменение перспективы, а для третьих — выраженные изменения в телесных ощущениях. Поэтому психотерапевту не следует спрашивать: “Что вы видите?” или “Что вы чувствуете?”, пытаясь вызвать быструю ответную реакцию.

Пауза между сериями движений глаз чрезвычайно важна для многих клиентов, так как она дает им возможность подобрать слова для описания внутренних переживаний и позволяет более полно понять происходящие изменения. Ускоренная переработка может осуществляться во время серий движений глаз столь быстро, что клиент неспособен понять ее полностью до тех пор, пока не сможет вербализовать происходящее. Вне зависимости от того, что говорит клиент, психотерапевт должен выслушать его с сочувствием и поддержкой.

Так как процесс переработки проявляется по-разному у каждого индивида, общее высказывание “Что вы сейчас испытываете?” позволяет клиентам сообщать обо всем, что проявляется и преобладает у них в настоящий момент, а также о том, как изменяются их мысли, чувства, образы, эмоции и ощущения в теле, возникают ли воспоминания о других травматических случаях и т.п. Если отмечаются какие-либо важные изменения в информации, то в следующей серии должно быть использовано то же самое направление движения глаз. Если никаких изменений не происходит, то необходимо использовать другое направление движений глаз. Как уже отмечалось ранее, если процесс переработки оказывается неудачным или если начавшиеся изменения в информации приостанавливаются и не происходит никаких новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движения глаз, то психотерапев-

ту перед началом переработки необходимо обратиться к более продвинутому материалу, описанному в главе 7.

Недостаточный эффект психотерапии может означать, что клиент просто не поддается лечению в амбулаторных условиях. Однако даже если переработка не происходит вообще или происходит в весьма незначительной степени, завершение процесса и обсуждение все равно должны быть проведены так, как описано далее в данной главе.

Однако для большинства клиентов определенные изменения все же будут происходить. Вне зависимости от типа переживаний, о которых они будут сообщать, любые изменения в материале в целом указывают на продолжение процесса. Пока это происходит, психотерапевт должен воздерживаться от интерпретирующих замечаний, выражая свою поддержку переживаниям клиента в таких невербальных формах, как улыбка или кивок головой, иногда прибегая к таким кратким комментариям, как “Хорошо”. Вместо того чтобы пытаться проводить когнитивное переструктурирование или давать объяснения, отклоняющие клиента от темы и неуместные при разрешении проблемы, психотерапевт может достичь большей эффективности лечения, просто предлагая клиенту сконцентрироваться на материале для выполнения новой серии движений глаз. Цель ДПДГ состоит в том, чтобы стимулировать дисфункциональный материал, активизировать механизм переработки и позволить информации естественным путем идти к адаптивному разрешению. Для того чтобы сделать это наилучшим образом, необходимо позволить клиенту оставаться в пределах его переживаний при соприкосновении с сенсорными проявлениями информации.

Активное слушание, когда психотерапевт произносит слова типа “Я слышал, вы говорили...”, а затем повторяет или перефразирует слова клиента, **не** должно использоваться в ДПДГ. Такая техника широко применяется в других формах психотерапии, где результаты основаны в значительной степени на вербальной переоценке, однако это прямо противоположно психотерапевтическим эффектам ДПДГ. Когда психотерапевт повторяет слова клиента, то даже незначительное изменение в интонации может изменить все значение. Клиент поощряется к тому, чтобы смело погружаться в свои переживания достаточно глубоко, а интерпретируя слова психотерапевта и сравнивая их с тем, что происходит на самом деле, он может начать высказывать возможные отличия. Такая форма когнитивной интерпретации способна вырвать клиента из его эмоциональных и сенсорных переживаний, прерывая процесс переработки. Поэтому психотерапевт не должен пытаться подводить итоги и прерывать клиента, даже если тот говорит уже пять минут после завершения серии движений глаз; клиент сам осознает свои ключевые моменты и не нуждается в том, чтобы они повторялись психотерапевтом. Лучше предложить клиенту сосредоточиваться на том, что он говорил (или если он пребывает в замешательстве, — то на последнем из сказанного), чем пытаться перефразировать или повторять его слова.

Другой подход, также препятствующий быстрому лечению с помощью ДПДГ, — это навязываемые психотерапевтом объяснения любых символов, воспоминаний, мыслей, чувств и т.п., возникающих у клиента во время серий движений глаз. Клиенты постоянно сообщают о возникновении новых инсайтов и о новом понимании, приходящем естественно, по мере продолжения переработки. Например, всплывающие новые воспоминания позволяют предполагать существование ассоциативной связи с более ранним материалом. Поэтому, вместо того чтобы спрашивать: “Как вы думаете, что это означает?” или “Как вы

думаете, почему происходит именно это?", психотерапевту необходимо просто направлять внимание клиента во время следующей серии движений на новое воспоминание. В целом клиентам предлагается добровольно высказывать относящиеся к делу или когнитивные интерпретации, которые будут обсуждаться после завершения переработки. Попытки психотерапевта интерпретировать каждое плато переживания могут оказывать отрицательное воздействие на ход лечения, отвлекая внимание клиента от стимулированных переживаний и их когнитивных изменений. Необходимо помнить, что когнитивные интерпретации являются характерным признаком многих форм традиционной психотерапии, обычно имеющих лишь ограниченный успех при лечении травм. При ДПДГ такие интерпретации будут не проявлениями достижения нового плато в процессе переработки информации, а искусственной конструкцией, навязанной психотерапевтом.

Когда клиент обнаружит изменения в любой части информации, его внимание снова должно быть сосредоточено на инструкции **"Думайте об этом"**, после чего начнется новая серия движений глаз. В этот момент психотерапевт по невербальным реакциям клиента (широкое раскрытие глаз или их прищуривание, напряжение в области рта и т.п.) определяет продолжительность новой серии движений. Цель состоит в том, чтобы дать возможность клиенту после каждой серии достигать нового плато в переработке информации. Психотерапевт должен оставаться очень внимательным к ответным реакциям клиента, чтобы отмечать появление любого нового осознавания или уменьшение его страдания. Помните, что появление новой информации будет отражаться на лице клиента еще до того, как он когнитивно осознает изменение. Чтобы дать клиенту возможность внутренне понять это, психотерапевт должен продолжать серии движений несколько секунд после того, как отметит появление нового выражения лица клиента. Лучше всего это может быть продемонстрировано на практике, во время учебного сеанса ДПДГ.

Если выраженные эмоции являются очевидными, психотерапевту необходимо продолжать серию движений глаз до тех пор, пока не будет достигнуто новое информационное плато. Внимание психотерапевта к вербальным намекам со стороны клиента в его попытках достичь более благоприятного в психотерапевтическом смысле плато особенно важно во время отреагирования. Если изменения в информации носят скорее когнитивный, чем эмотивный характер, то психотерапевту необходимо провести эксперименты, чтобы определить, не будет ли ответная реакция клиента более положительной при использовании не 36 движений в одной серии, а 48 (хотя для некоторых клиентов наилучшие результаты дает использование серий, в которых менее 24 движений глаз). Однако психотерапевт не должен чрезмерно сосредоточиваться на подсчитывании количества движений глаз, а просто чувствовать примерную продолжительность серии движений, обращая внимание на выражение лица клиента и др. телесные знаки.

Хотя уровень субъективных единиц беспокойства не требуется измерять после каждой серии движений глаз, можно отметить, что изменение по крайней мере на одну единицу по Шкале СЕБ (состоящей из 11 пунктов) будет вполне заметным по ответной реакции клиента после каждой серии движений. Однако помните, что увеличение степени дистресса также может указывать на прохождение переработки. Таким образом, новые эмоции или новые ассоциации могут временно увеличивать уровень тревожности в том случае, если переработка

действительно происходит. Серии движений глаз, правильно проводимые в соответствии с невербальными знаками со стороны клиента, говорящими о его ответной реакции, часто могут иметь принципиально важное значение для достижения психотерапевтического эффекта. Именно по этой причине мы настоятельно рекомендуем, чтобы читатель изучил эту технику на практике под руководством прошедшего обучение специалиста, прежде чем пытаться применять ее в работе с клиентами.

Сообщения практикующих психотерапевтов свидетельствуют, что для достижения оптимальных психотерапевтических результатов характеристики движений глаз при необходимости должны изменяться. Поэтому если клиент сообщает о головной боли, головокружении или тошноте, то при изменении направления движений глаз ему необходимо предложить сосредоточиться только на вызывающих беспокойство ощущениях в теле. Это часто позволяет устранить неприятные физические ощущения. Направление движений глаз также должно быть изменено и в том случае, если не проявляется никаких перемен в перерабатываемой информации. Клинические наблюдения показывают, что у некоторых клиентов переработка начинается только в том случае, когда серии движений глаз производятся в определенном направлении или если направление движений глаз изменяется несколько раз на протяжении сеанса, в то время как у других клиентов переработка будет происходить вполне эффективно при движениях глаз в любом направлении. Подобным же образом для приспособления к индивидуальным отличиям клиентов должны изменяться длительность и скорость движений глаз. Клинические наблюдения показывают, что такие случаи действительно бывают. Возможные объяснения данного явления приводятся в главе 12. Изменения направления, длительности и скорости движений глаз у разных клиентов может приводить к различным эффектам. При использовании ДПДГ примерно 40% времени правильного применения движений глаз уже само по себе создает последовательную переработку дисфункциональной информации и приводит к адаптивному разрешению. Если информация не изменяется после повторяющихся изменений движений глаз, то в процесс необходимо внести иные изменения (они обсуждаются в следующих главах).

Стадия четвертая: десенсибилизация

Четвертая стадия, сосредоточенная на снижении уровня беспокойства клиента (в той мере, в какой это возможно) до 0 или 1 балла по Шкале субъективных единиц беспокойства, названа стадией десенсибилизации. Однако хотя этот термин используется для обозначения одной из стадий процедуры ДПДГ, его не следует рассматривать слишком узко. Десенсибилизация, или устранение беспокойства, как положительное переструктурирование представления является скорее побочным продуктом переработки; и то и другое продолжается на протяжении всего процесса психотерапии.

Для того чтобы десенсибилизация действительно происходила, необходимо переработать дисфункциональный материал, накопленный во всех каналах сети памяти, связанных с избранным в качестве цели травматическим событием. Когда травматическое событие перерабатывается, в сознании могут проявляться разнообразные каналы ассоциаций. Каждая первоначальная цель представляет собой психологический узел, с которым связан весь остальной прошлый опыт. Это представление основано на предположении, что беспокойство присуще лю-

бому связанному с целью узлу и подпитывается по различным каналам ассоциаций.

Переработка информации в этих каналах может проявляться в наблюдаемом изменении (в изменении образа, аффекта, мыслей, звуков, ощущений или убеждений), в то время как клиент остается сосредоточенным на целевом воспоминании. У некоторых клиентов изменения могут происходить посредством осознавания других связанных с этим событий или путем нарастания инсайтов. Для многих психотерапевтические сеансы будут включать в себя разнообразие форм ассоциации. Психотерапевту следует при необходимости оказывать клиенту поддержку для создания максимального комфорта, но в то же время он должен стараться позволять переработке происходить без чрезмерного вмешательства.

Психотерапевту необходимо помнить о предлагаемом нами в качестве клинического эвристического предположения представлении о целевом узле с его вспомогательными каналами (см. рис. 13). Каждое новое осознание изменения информации является признаком “эффекта домино”, свойственного прогрессирующей переработке, происходящей в этих каналах. Серии движений глаз должны применяться к каждому новому признаку нарастания осознавания, до тех пор пока все каналы не будут “очищены”.

Рис. 13. Графическое представление прохождения процесса ДПДГ-психотерапии через сеть памяти

Достижение каждого из каналов будет приводить к проявлению ряда закономерно связанных ассоциаций (эти ассоциации были рассмотрены в главе 2). Например, некоторые каналы будут включать в себя изменение проявлений избранного в качестве цели инцидента, другие — изменение осознавания различных травматических случаев, связанных преобладающими эмоциями, в то время как третьи будут проявлять себя исключительно в изменениях убеждений, а некоторые каналы будут проявлять новые инсайты, связанные с иными воспоминаниями, выполняющими роль либо положительных примеров, либо, наоборот, отрицательных контрпримеров. В последнем случае клиент может начать понимать, что он не несет ответственности за то, что был когда-то покинут матерью, и вспомнить вызывающие чувство счастья сцены, связанные с родителями или другими членами семьи; эти воспоминания часто перемежаются другими, объединенными общей темой покинутости.

Между каждой серией движений глаз психотерапевт должен очень внимательно выслушивать клиента, чтобы идентифицировать следующий фокус для переработки. В зависимости от ответной реакции, психотерапевту необходимо уделять непосредственное внимание последним высказываниям клиента, а также некоторым альтернативным аспектам как его переживаний, так и новой цели.

Следующие примеры показывают, как в ассоциативных каналах хранится дисфункциональная информация, к которой необходимо обращаться при ДПДГ. Во всех случаях, когда цепь ассоциаций истощена, клиенту необходимо предложить возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Это покажет, нужно ли проходить через новые каналы. Когда проработаны все каналы, начинается стадия инсталляции.

Ассоциативная переработка

Клиент сообщает о своих переживаниях в терминах изменения образов, звуков, ощущений, эмоций, вкуса или запаха. Если возникает воспоминание о вкусе или запахе, оно должно немедленно быть избранным в качестве цели для последующих серий движений глаз. Если эти серии приведут к угасанию воспоминания, не вызвав новых ассоциаций, то необходимо возвратиться к первоначальной цели.

Образность

Чаще клиенты описывают прохождение процесса в терминах изменения образов. Вне зависимости от того, новые это воспоминания или вариации отдельного события, возникающий материал должен стать фокусом концентрации внимания для новой серии движений глаз. Напомним еще раз, что психотерапевт при этом не должен поощрять особые способы получения сообщений (например, задавая вопрос: “Что вы видите?”), так как клиент может быть более внимательным к новым мыслям или другим сенсорным стимулам. Далее мы рассмотрим основные паттерны поведения клиента, включая изменения в образах и соответствующую реакцию со стороны психотерапевта.

Новое воспоминание. Когда клиент сообщает о том, что новое воспоминание проявилось у него в сознании во время предыдущей серии движений глаз, то это воспоминание должно стать фокусом для следующей серии движений. Если речь идет о нескольких воспоминаниях, то клиенту необходимо дать указание сосредоточиваться на том из них, которое он считает наиболее беспокоящим. Если все воспоминания обладают одинаковым уровнем беспокойства, то фокусировка должна быть направлена на то из них, которое появилось последним.

Некоторые клиенты предлагают, казалось бы, бесконечный поток ассоциативно связанных отдельных воспоминаний. В этом случае полезно предложить им возвращаться к первоначальному воспоминанию после каждого изменения. Однако это необходимо делать лишь в том случае, если 10 или 15 новых воспоминаний последовательно проявляются после каждой серии движений глаз, что достаточно часто встречается при работе с ветеранами войны. (Для определения

того, происходит ли в данном случае эффект генерализации, необходимы дальнейшие исследования.)

Во всех случаях психотерапевт должен отметить для последующей переработки каждое быстро проходящее воспоминание клиента, которое проявляет себя как особенно беспокоящее. Такие воспоминания могут быстро всплывать на поверхность и так же быстро исчезать на протяжении одного сеанса. Однако обычно избрание новой цели не должно происходить до тех пор, пока данное воспоминание не будет полностью переработано. По возможности клиенту необходимо позволить взять на себя ведущую роль в избрании новых целей в зависимости от изменения содержания его сознания, происходящего по мере изменения информации в каждом из каналов. Однако важно возвращаться к первоначальной цели для дальнейшей переработки после того, как ряд ассоциаций заканчивается.

Изменение образа. Иногда клиенты сообщают об изменениях в возникшем у них образе (даже если избранное в качестве цели травматическое событие остается тем же самым) или же в образе, не связанном ни с какими специфическими событиями, — например, лице человека. Если появляется отрицательный образ (например, нахмуренное лицо матери), то он должен быть избран в качестве цели во время последующей серии движений глаз. Если же возникает нейтральный или положительный образ (например, матери, сидящей в комнате и счастливо улыбающейся), то необходимо совершить одну или две дополнительные серии движений глаз, чтобы увидеть, будет ли он усиливаться. Но и при этом всегда по возможности следует обращаться к первоначальному образу, в особенности если он уже встречался ранее в течение сеанса. Если такой образ действительно уже возникал в процессе переработки, то серии движений глаз, связанные с положительным образом, должны продолжаться до тех пор, пока не прекратится его усиление. Если у клиента возникают два образа, один отрицательный, а другой положительный (например, образы нахмуренной матери и матери улыбающейся), то в качестве цели должен быть избран отрицательный образ. Эта рекомендация основана на предположении, что положительные ассоциации сами “позаботятся о себе”, в то время как отрицательные должны быть переработаны. Для того чтобы снизить уровень беспокойства клиента (например, если лечение не было завершено на протяжении отдельного сеанса), необходимо переработать столько отрицательных ассоциаций, сколько удастся. Напомним еще раз, что дисфункциональные каналы должны быть “очищены”, прежде чем можно будет усилить положительные ассоциации.

Раскрытие сущности инцидента. Травма запечатляется в нервной системе в своей первоначальной форме, вызывающей беспокойство; клиенты часто чувствуют, что они “увязли” в этой информации и она постоянно присутствует в них. Когда клиентам предлагают вызвать в сознании воспоминание о событии, для многих доступной оказывается наиболее беспокоящая его часть. Например, когда женщине, пережившей несчастный случай во время катания на лодке, предложили вспомнить об этом событии, единственное, что возникало у нее в сознании, было воспоминание о том, как она трижды уходила под воду. Понятно, что это был наиболее ужасный момент во всем событии, определивший последующую стрессовую реакцию клиентки. Однако поскольку эта женщина в настоя-

щее время находилась в кабинете психотерапевта, в данный момент у нее не было никакой угрозы утонуть. Метафорически можно было сравнить подобную ситуацию с просмотром видеозаписи травматического события и остановкой на экране одного кадра при нажатии кнопки “Пауза”. Когда эта сцена была избрана в качестве цели переработки и начали проводиться серии движений глаз, не было ничего удивительного в том, что травматическое событие стало постепенно разворачиваться, кадр за кадром, как будто на видеомагнитофоне вместо кнопки “Пауза” теперь нажали кнопку “Воспроизведение”. Клиентка сообщила, что увидела кого-то, прыгающего в воду, и вспомнила о том, как ее схватили и вытащили; как она отдыхала в лодке, пока ее везли на берег, и т.п. Часто воспоминания о травматическом событии продолжаются, включая последующие переживания клиента (в данном случае в больнице), а также реакцию на событие со стороны членов семьи. Клиенту необходимо фокусироваться на каждой из этих сцен во время отдельных серий движений глаз до тех пор, пока не будет достигнуто положительное разрешение.

Действительные последствия первоначально идентифицированного травматического события часто могут вызывать такую же степень беспокойства, как и сама травма. Например, некоторые жертвы изнасилования чувствовали грубое насилие со стороны персонала больницы и сотрудников полиции во время расследования события. Если избранный в качестве цели инцидент не изменяется во время переработки, для психотерапевта наиболее правильным будет избрать эти каналы во время первоначального сеанса по определению анамнеза случая, в особенности если клиент уже сообщал о таких аспектах как вызывающих беспокойство.

Проявление изменений. Некоторые клиенты сосредоточиваются на наиболее беспокоящем аспекте события, представленном в виде отдельного образа. Об этих образах они часто говорят как о навязчивых мыслях, тягостных воспоминаниях или повторяющихся ночных кошмарах. Во время переработки формы проявления образа могут измениться. Когда клиент сообщает о таких изменениях (образ становится ярче, светлее, больше или меньше либо начинает восприниматься под другим углом зрения), серии движений глаз должны повторяться уже с измененным образом. Если же картина события описывается как “неясная”, то клиенту необходимо предложить просто сконцентрироваться на ней.

Иногда образ исчезает, хотя определенное беспокойство остается. В таком случае необходимо сказать клиенту: **“Просто думайте о событии”** (при этом он должен сосредоточиться на физических ощущениях). Это позволяет стимулировать информацию о травматическом событии таким образом, что переработка может быть завершена. Важно, чтобы психотерапевт продолжал серии движений глаз до тех пор, пока беспокойство у клиента не будет разрешено, не говоря уже о том, что само по себе исчезновение образа означает психотерапевтический успех.

Клиента необходимо заверить, что он сохранит точное воспоминание о событии, даже если те или иные образы будут исчезать во время переработки. Это особенно важно для лиц, переживающих горе, связанное с утратой любимого человека. В подобном случае клиента необходимо успокоить, сказав ему, что другие образы останутся доступными для него даже после завершения переработки. Однако психотерапевт должен помнить, что, хотя исчезновение центрального образа — вполне обычное явление, возможные последствия должны

быть тщательно определены еще до того, как начнется применение ДПДГ (эта тема подробно рассмотрена в главе 4).

Звуки и мысли

Психотерапевт должен быть очень внимателен к любым подтверждениям того, что переработка действительно происходит. Многие клиенты сообщают прежде всего об изменениях в зрительных образах, однако не менее важны слуховые и когнитивные изменения. Таким образом, фокусировка внимания может измениться, что повлечет за собой как возникновение новых мыслей, так и воспоминаний о мыслях во время травматического события, либо инсайтов, раскрывающихся без каких-либо визуальных проявлений. По мере спонтанного возникновения таких мыслей клиента необходимо поощрять использовать их в последующих сериях движений глаз. После прохождения через слуховые или когнитивные каналы ассоциаций клиенту необходимо предложить вернуться к первоначальной цели воздействия.

Отрицательные высказывания. Когда у клиента возникают новые отрицательные высказывания или идеи, психотерапевт спрашивает, где он ощущает эти слова в своем теле. Этот вопрос следует задать перед началом новой серии движений глаз, чтобы сосредоточенность клиента на самопринижающих аспектах отрицательного высказывания не мешала процессу переработки. По мере возникновения новых мыслей клиенту снова задается вопрос: **“Где вы ощущаете это в своем теле?”**, после чего серии движений глаз следует повторить.

Психотерапевт должен стремиться к прогрессирующему уменьшению отрицательных ассоциаций. Если наиболее негативные мысли упорно повторяются, клиент может увязнуть в них (см. главу 7) или возникает феномен “мертвой петли” и психотерапевту необходимо использовать продвинутую стимулирующую стратегию ДПДГ, называемую также “когнитивным взаимопереплетением” (см. подробнее главу 10). Обычно феномен “мертвой петли” появляется, когда одно и то же отрицательное утверждение и высокий уровень беспокойства возникают и повторяются через каждые пятнадцать минут и все альтернативные варианты, описываемые в следующей главе, оказываются неэффективными.

Несоответствия. Несоответствия возникают, когда клиент пытается произвольно вызвать в сознании что-либо, не согласующееся с его нынешним уровнем аффекта. Мы предполагаем, что переработка будет происходить в том случае, если движения глаз выполняются согласованно с равномерной сознательной фокусировкой на компонентах дисфункционального материала (образ, мысль, физическое ощущение). После соответствующей тренировки с клиентом, научив его формулировать отрицательное представление, вербализующее уровень аффекта, связанного с избранным в качестве цели травматическим событием, психотерапевт предлагает ему сохранять осознавание физических ощущений, связанных с целью. В результате образ, представление и ощущение будут удерживаться в сознании. Это подобно трем лазерным лучам, направленным на сохраняемый на физиологическом уровне дисфункциональный материал. Если в это время переживается высокий уровень дистресса вследствие связанного с травмой чувства бессилия и клиент пытается вызвать у себя более комфортное

состояние путем усиления утверждения типа “Я обладаю силой”, то несоответствие между аффектом и данным утверждением, как правило, будет приводить к неудаче в переработке.

Если клиент после серии движений глаз неожиданно сообщает о том, что он думал о чем-то приятном, то психотерапевту необходимо определить, намеренно ли клиент вызывал у себя чувство облегчения: **“Делали или говорили ли вы что-либо намеренно?”** Если ответ утвердителен, то клиенту необходимо предложить отбросить вызывающее несоответствие отвержение и дать ему следующие инструкции: **“Пусть то, что происходит, просто происходит. Не пытайтесь оценивать это или подталкивать ход событий”.**

Такое положительное утверждение может спонтанно возникать как прямая ответная реакция на отрицательное утверждение, и это не должно обескураживать психотерапевта. Например, у части клиентов без каких-либо намеренных попыток в ответ на отрицательное представление “Я ужасен” могут возникать слова “Я прекрасный человек”. Иногда два таких утверждения могут сменять друг друга на протяжении сеанса. Такая смена отнюдь не препятствует успешности переработки. Проблемы возникают только в том случае, когда клиент сознательно пытается управлять переработкой путем преждевременного введения положительного утверждения.

Положительные мысли. Если новые положительные мысли ранее уже возникали в ходе лечения, то психотерапевт должен предложить клиенту сосредоточиваться на них во время начала следующей серии движений глаз. Однако если при этом не происходят существенные изменения, клиента необходимо возвращать к первоначальной цели. Если же положительные мысли усиливаются, необходимо провести дополнительные движения глаз. Особенно важно сосредоточиться на них и усилить новые положительные мысли, наиболее адаптивные для клиента, прежде чем возвращаться к цели. Если отрицательные и положительные мысли возникают одновременно, то клиента необходимо направлять на то, чтобы он сосредоточивался в первую очередь на отрицательных. Отрицательные утверждения ассоциируются с более дисфункциональным материалом, который должен быть переработан, поскольку положительные мысли связаны с соответствующим материалом, спонтанно движущимся к интеграции. Прежде чем ставить цель достижения полной интеграции, должны быть переработаны все отрицательные ассоциации. Поэтому, если положительные мысли возникают на завершающих стадиях переработки, в особенности во время стадии инсталляции, серии движений глаз должны продолжаться.

Инсайты. Если инсайты становятся все более адаптивными, то клиенту предлагают осознавать мысли, возникавшие у него во время последней серии движений глаз. Вне зависимости от того, что говорит клиент, психотерапевт должен сказать: **“Думайте об этом”**, не пытаясь повторять или объяснять его слова. Многим психотерапевтам довольно трудно позволять процессу развиваться беспрепятственно, в особенности если в высказываниях клиента есть логические несоответствия или если они демонстрируют неправильное понимание происходящего. Однако для психотерапевта важно помнить, что переработка влечет за собой трансмутацию дисфункционального материала и постепенное его связывание с правильной и полезной информацией, улучшающей состояние клиента. Каждое утверждение представляет собой вербализацию специфическо-

го плато информации и соответствующей стадии переработки. Пока ДПДГ-психотерапия не завершится полностью, каждое такое утверждение останется лишь ступенью для достижения следующего плато.

Если мы вспомним метафору с поездом, следующим от одной остановки к другой, станет ясно, что клиент не может воспринимать свой травматический материал полностью функциональным образом до тех пор, пока не будет достигнута “последняя остановка”, т.е. полная адаптивность информации. Попытки подталкивать клиента или объяснять его высказывания подобны тому, как если бы ему предложили преждевременно сойти с поезда. Во время ДПДГ мы пытаемся стимулировать дисфункциональный материал и ускоренно перерабатывать его с помощью дополнительных серий движений глаз. Психотерапевт должен намеренно вмешиваться в происходящее только в том случае, если переработка приостанавливается. Даже если клиент будет начинать беседу о вновь открытой им информации, простая рекомендация “Думайте об этом” позволяет ему сконцентрироваться на наиболее существенных элементах того, о чем он сообщает. Если клиент просит дать соответствующие инструкции, то психотерапевту необходимо предложить ему удерживать в сознании последний из наиболее существенных отмеченных моментов.

Ощущения и аффекты

Клиенты часто сообщают об эффектах переработки в терминах возникновения и изменения физических ощущений или эмоций. ДПДГ-переработка может высвобождать у клиента осознавание не только физических ощущений, ассоциирующихся с различными эмоциями, но и физических ощущений, накопленных во время самого травматического события. Например, жертва изнасилования может чувствовать прикосновение рук насильника, а жертва дорожного происшествия может снова пережить автомобильную катастрофу. Необходимо проявить особую заботливость в тех случаях, когда клиент переживает болезненные физические ощущения, ассоциирующиеся с травмой. Инструкции по работе с клиентами во время отреагирования, включающего высокие уровни беспокойства, будут описаны в следующей главе.

Новые эмоции. При переработке воспоминания о травматическом случае могут возникать разнообразные эмоции. Когда клиент будет упоминать о новых эмоциях, психотерапевту следует спрашивать: **“Где вы ощущаете их в теле?”** — и затем начинать новую серию движений глаз. Специфические эмоции или комбинации нескольких эмоций могут возникать и исчезать на протяжении одной серии движений глаз или же в иных случаях сохраняться на протяжении всего сеанса. Поскольку эти эмоции могут быть весьма интенсивными, важно напомнить клиенту, что они представляют собой материал из прошлого, и если он переживает страх, то это вовсе не означает, что в настоящее время присутствует реальная опасность. Психотерапевт не должен удивляться, когда одна эмоция невысокого уровня интенсивности вдруг преобразуется в другую эмоцию с высокой интенсивностью. Например, страдания, оцененные в 3 балла по Шкале субъективных единиц беспокойства, могут довольно легко достигать уровня гнева, оцениваемого в 8 баллов по Шкале СЕБ. Новые эмоции должны избираться в качестве цели вне зависимости от предшествовавших эмоций. А обра-

щенный к клиенту вопрос: “Чувствуете ли вы также и ту печаль, о которой вы говорили раньше?” может только задерживать процесс.

Предпочтительно, чтобы ускоренная переработка эмоций происходила в кабинете психотерапевта, но иногда клиент будет продолжать переживать эмоции в “реальном времени” или различные эмоции будут время от времени спонтанно возникать после сеанса. Вне зависимости от очевидных эффектов ДПДГ клиенту следует объяснить природу этой техники. Это весьма важно, так как, даже когда травматическое событие кажется полностью переработанным, могут возникать новые эмоции. Например, через неделю после успешной переработки воспоминаний об инцесте клиентка возвратилась к психотерапевту и сказала: “Я переживаю смерть моего отца, хотя до этого я никогда не оплакивала его”.

Когда клиент испытывает чувство оцепенения или отстраненности, необходимо сначала локализировать это чувство в его теле, а затем продолжать серии движений глаз. Психотерапевт должен поддерживать клиента и помогать ему во время движений глаз, напоминая о психотерапевтическом процессе. Для клиента это весьма болезненный период, и поддержка психотерапевта может быть весьма полезной.

Но помните, что перед началом ДПДГ-психотерапии необходимо очень тщательно продиагностировать клиента на предмет наличия диссоциативных расстройств. Если это сделано адекватно, то чувство отстраненности можно рассматривать как следующий слой эмоций, нуждающийся в переработке. Чувство диссоциированности у клиентов с посттравматическим синдромом вполне обычно, поскольку многие находились в таком состоянии во время получения травмы. Однако психотерапевт должен быть уверен, что не оттолкнет от себя клиента, предпринимающего попытки отстраниться от происходящего, чтобы избежать неприятных испытаний, связанных с сеансом ДПДГ. Если у вас возникают сомнения, остановите процесс и, прежде чем продолжать его, спросите клиента, желает ли он продолжить сеанс.

Изменение ощущений. Если ощущения в теле изменяются, то во время последующих серий движений глаз клиенту необходимо сосредоточиваться на новых ощущениях. Несмотря на искушение, психотерапевт не должен пытаться получить от клиента оценку или описание этих ощущений, поскольку это, скорее всего, не даст никакой полезной информации. Кроме того, даже если происходят изменения в ощущениях, психотерапевту необходимо воздерживаться от вопросов о тех ощущениях, о которых клиент сообщал ранее. Сканирование тела будет способствовать выявлению всех остаточных физических ощущений в конце сеанса. Чтобы способствовать процессу переработки, психотерапевту необходимо задать клиенту ряд вопросов.

Оценка

Чтобы удостовериться, происходит ли какой-то прогресс при последующей переработке, необходимо оценивать каждый ряд ассоциаций. У клиентов преобладает тенденция сообщать об изменениях в информации или о появлении новой информации, все менее беспокоящей. Однако даже если уровень беспокойства возрастает, переработка все равно может происходить благодаря тому, что переживается иной аспект воспоминания, — так, как будто воспоминание подверглось процессу метаболизма.

Психотерапевт может предполагать, что ассоциативные каналы очищаются по мере того, как уровень беспокойства у клиента понижается, а процесс ассоциаций достигает той точки, в которой он останавливается и ничего нового или значимого не появляется после двух серий движений глаз в разных направлениях. Необходимо быть очень внимательным к тому, что новое высказывание или образ, входящие в сознание клиента, могут находиться на том же информационном плато, что и предыдущие образы или высказывания. Например, если у клиентки возникают положительные чувства по отношению к ее матери и она рассказывает о званых обедах и вечеринках, на которых они бывали вместе, то эти высвободившиеся эмоции, пусть даже приятные, еще не являются признаками достижения нового плато.

Когда прекращаются серии ассоциаций, вызывавшихся психотерапевтом, клиент должен быть снова нацелен на первоначальное травматическое событие: **“Думайте о событии. Что вы чувствуете?”** Затем начинается новая серия движений, даже в том случае, когда ответная реакция кажется положительной или клиент считает, что не осталось ничего нуждающегося в переработке. Часто новая серия движений открывает неожиданный канал. Каждый из новых каналов должен быть пройден согласно вышеупомянутым советам. В конце каждого канала психотерапевту необходимо предлагать клиенту возвращаться к первоначальной цели.

Если после повторного обращения к первоначальному травматическому случаю и завершения серии движений не возникают новые эмоции, ощущения или образы, то психотерапевту необходимо еще раз проверить уровень беспокойства клиента по шкале СЕБ. Если клиент оценивает свое состояние в 0 баллов, то можно считать, что цель десенсибилизирована, и начинать стадию инсталляции.

Прежде чем начинать стадию инсталляции, необходимо пройти все каналы раскрывающейся дисфункциональной информации, однако психотерапевт должен помнить о времени. После достижения любого из каналов клиент должен оставаться с чувством уменьшившегося беспокойства, но повторное избрание в качестве цели первоначальной информации может открывать другой канал с еще более беспокоящим материалом. Поэтому если до конца сеанса остается всего несколько минут, не следует открывать новый канал. Если времени для завершения переработки явно недостаточно, психотерапевт может перейти прямо к стадии завершения. Клиент должен оставаться в конце каждого сеанса с чувством обретения силы и достижения успеха.

Если клиент сообщает о низком уровне субъективных единиц беспокойства (но большем, чем нулевой), не изменяющемся от перемены направления движений глаз, то должно быть проведено дополнительное определение предмета. Психотерапевт спрашивает: **“Какие эмоции вы испытываете?”** Иногда после этого вопроса клиенты будут приходить в замешательство и, называя уровень по Шкале СЕБ, говорить о состоянии покоя и благополучия. Им необходимо напомнить, что оценке по Шкале СЕБ подлежат только вызывающие беспокойство эмоции. Однако если клиент говорит о низком уровне отрицательных эмоций, психотерапевту необходимо спросить: **“Что препятствует тому, чтобы уровень беспокойства был нулевым?”**

Ответная реакция обычно вскрывает заблокированное убеждение типа “Если я буду слишком счастливым, то начну испытывать чувство вины”. В этом случае необходимо применение полного курса ДПДГ-психотерапии к воспоминанию, связанному с подобным убеждением. Если же ответная реакция клиента прояв-

ляется в соответствии с ситуацией (например, “Я испытываю печаль от того, что умер мой дядя”), стадия инсталляции может быть выполнена до конца.

Психотерапевт должен быть очень внимательным и не принимать преждевременные утверждения клиента, способные ограничить дальнейший прогресс. Например, если клиент перерабатывает свой страх выступления перед публикой, то может появиться искушение оставить его с высоким уровнем тревожности, в особенности если клиент заявляет: “Я считаю, что теперь всегда буду испытывать меньшую тревожность и смогу выполнять хорошую работу”. Такие высказывания могут оказаться просто утверждением, соответствующим определенному плато переработки. К сожалению, многие психотерапевты принимают на веру утверждения такого рода и досрочно завершают процесс лечения, обнаружив параллели с их собственной системой убеждений. Действительно, некоторые индивиды могут произносить прекрасные и увлекательные речи, исполненные уже не тревожности, а чувства предвкушения и волнения. Психотерапевт должен с уважением отнестись к состоянию и убеждениям клиента, но совершить по крайней мере две дополнительные серии движений глаз перед тем, как соглашаться с тем или иным высказыванием. Преждевременное прекращение движений глаз оставляет неисследованными важные области или ничем не оправданный высокий уровень беспокойства. Прежде чем переходить к стадии инсталляции, случаи наличия уровней субъективных единиц беспокойства, превышающие 1, должны быть тщательно исследованы для определения их экологической валидности.

Стадия пятая: инсталляция

После того как достигнута десенсибилизация — с уровнем субъективных единиц беспокойства 0 или 1, — начинается стадия инсталляции. Ее целью является прежде всего полная интеграция положительной самооценки с избранной в качестве цели травматической информацией. Инсталляция применяется для усиления положительного представления и создания его специфической связи с избранным в качестве цели травматическим явлением или событием. Поскольку во время процесса переработки вся информация должна быть преобразована, положительное представление проверяется как на его применимость в настоящее время, так и на валидность. Психотерапевт предлагает клиенту оценить положительное представление, избранное во время стадии определения предмета. Для этого он говорит: **“Как вы воспринимаете сейчас слова [повторяет положительное представление]?”**

В этот момент сеанса у клиента будет происходить драматический прогресс в его чувствах, связанных с первоначальным травматическим событием. Вследствие появления множества инсайтов эта стадия может значительно превосходить ожидания клиента, и травматическое событие теперь рассматривается им в более положительном свете, чем представлялось первоначально. Иными словами, положительное представление, столь желанное для клиента в начале психотерапии, сейчас может оказаться уже недостаточно привлекательным. Так, например, чувства неудачи и своей вины, связанные с прошлой трагедией, могут привести к тому, что клиент первоначально изберет представление “Я многому научился в результате этого события”. Однако в конце лечения клиент может осознать, что во время травматического события он делал все правильно, и у

него может сформироваться более подходящее положительное представление — “Я человек, достойный уважения”.

После того как психотерапевт повторит представление, которое первоначально было желательным, клиента необходимо поощрять к его принятию или изменению либо к замене на более подходящее представление. Психотерапевт также должен отмечать, возникают ли во время переработки новые положительные представления, более полезные для целей психотерапии, или же просто усиливаются прежние. В последнем случае психотерапевт должен мягко предложить клиенту новое положительное представление, оставляя ему возможность легко отвергнуть такое предложение.

Принципиально важно, чтобы клиент сам избирал для себя более значимое положительное представление. Однако психотерапевт должен, помогать клиенту в этом процессе. Его оценка при формулировании положительного и отрицательного представления необходима для того, чтобы клиент обозначил те рамки, в которых будет происходить определение этих представлений, подводя таким образом итог переживаниям, возникающим при переработке. Предлагая возможное положительное представление, не высказанное первоначально клиентом, психотерапевт должен тщательно определить его границы и рассматривать как исключительно экспериментальное предположение. Здесь нет жестких критериев, так как первейшей целью является обретение клиентом чувства собственной эффективности. Если клиент принимает это предположение, то после оценки нового представления по Шкале соответствия представлений, стадия инсталляции может продолжаться.

Если клиент принимает первоначальное положительное представление, психотерапевту необходимо предложить оценить его по Шкале соответствия представлений, чтобы определить, насколько оно улучшилось: **“Как вы чувствуете эти слова, оцените в баллах от 1 (полностью не соответствует) до 7 (полностью соответствует)?”** Если оценка не улучшилась, то положительное представление должно быть исследовано повторно. Таким образом, вместе с происходящей переработкой информации у клиента должно увеличиться чувство собственной эффективности, что отражается на усилении положительного представления. Если этого не происходит, то скорее всего предложенное положительное представление является неподходящим и его следует заменить.

После того как степень соответствия представления проверена, избранное положительное представление связывается с предшествовавшим травматическим событием. Когда клиенту дается инструкция “думать о травматическом событии”, возникают либо его первоначальный образ, либо его нынешние проявления. Данная инструкция носит общий характер, поскольку первоначальный образ мог уже исчезнуть или быть замещенным более уместным сейчас образом. Затем клиенту предлагают удерживать в сознании этот образ (а если такого образа нет, то “просто думать об этом”), повторяя про себя положительное представление. Психотерапевт говорит: **“Думайте о травматическом событии, удерживая его в сознании вместе со словами [психотерапевт повторяет положительное представление]”**, после чего клиента проводят через новую серию движений глаз. Затем психотерапевт снова проверяет уровень по Шкале соответствия представления, и серии движений глаз повторяются до тех пор, пока уровень по Шкале соответствия представлений не достигнет 7, т.е. “полностью соответствует”. После того как клиент оценил положительное представление в 7 баллов, серии движений повторяются до тех пор, пока соответствие

представления и чувство его пригодности не достигнут максимума. Часто бывает полезно специально подготовить клиента, чтобы он мог определить, чувствуется ли высказывание “более сильным” или “более прочным”. Если информация продолжает продвигаться дальше по “рельсам” переработки, то серии движений глаз должны быть повторены для возрастания у клиента положительной самооценки.

Если же уровень по Шкале соответствия представлений не поднимается выше 5 или 6, то клиенту необходимо задать вопрос: **“Что препятствует, чтобы соответствие представления достигло 7 баллов?”** Обычно клиент при этом сообщает о заблокированных убеждениях, которые могут быть весьма положительными — например: “Я должен пройти через это, чтобы убедиться в его истинности”, или же дисфункциональными, как, например: “Я не заслуживаю того, чтобы быть здоровым”. Когда клиент приводит “безвредное” высказывание, в котором не содержится никакой проблемности, психотерапевту необходимо переходить к следующей стадии — сканированию тела. Если раскрывается заблокированное дисфункциональное убеждение, то психотерапевту необходимо избрать его в качестве цели переработки, применяя полный курс ДПДГ-психотерапии к ассоциативно связанным воспоминаниям, лежащим в основе отрицательной самооценки.

Обычно, до тех пор пока не будут переработаны ранние воспоминания, порождающие заблокированность дисфункции, успех лечения первоначальной травмы, избранной в качестве цели, не может быть достигнут. Когда заблокированные ранние воспоминания перерабатываются с помощью десенсибилизации, инсталляции и сканирования тела, психотерапевт приобретает возможность переоценить первоначальное целевое воспоминание и завершить стадию инсталляции. Однако обычно из-за ограниченности времени психотерапевту приходится ждать следующего сеанса, чтобы начать психотерапию с новым ранним воспоминанием. В этом случае необходимо вести процесс к стадии завершения (минуя стадию сканирования тела) и затем провести особенно тщательное обсуждение. Любой незавершенный сеанс может привести к повышению уровня беспокойства в период между сеансами, и поэтому без завершения сканирования тела лечение не может считаться успешным.

Стадия шестая: сканирование тела

Модель ускоренной переработки информации, использующаяся в практике ДПДГ, предполагает, что дисфункциональный материал может иметь заметный резонанс на физическом уровне (физические ощущения в теле, связанные с когнитивными процессами) и сам этот резонанс может быть избран в качестве цели воздействия. Поэтому шестая стадия психотерапии, завершающаяся ускоренной переработкой, сосредоточена в первую очередь на напряженности в теле.

Когда положительное представление достигает наконец 7 баллов по Шкале соответствия представлений (или, может быть, 6 баллов, если это экологически валидно для данного клиента) и не усиливается по мере проведения дополнительных серий движений, клиенту предлагают удерживать в сознании как образ, так и представление, мысленно сканируя все свое тело:

> **“Закройте глаза и удерживайте в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление. Затем обращайте свое**

внимание к различным частям вашего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Сообщайте мне обо всех местах, в которых вы обнаружите какое-либо напряжение, зажатость или любые другие необычные ощущения”.

Если клиент говорит о необычных физических ощущениях, они должны быть избраны в качестве цели для дальнейшей переработки. Эти ощущения могут исчезать после нескольких последовательных серий движений. Кроме того, сосредоточение на телесных ощущениях может открывать другие каналы информации, которые должны быть пройдены. Они могут включать в себя чувства гнева или горя, связанные с тем, что патология продолжает существовать столь длительное время. Сканирование тела может также выявить основные области сопротивления, связанные со страхом клиента перед изменениями в результате переработки и освобождением от своей патологии. Кроме того, сканирование тела может раскрывать и другие ассоциативные сети, содержащие дисфункциональный материал.

Важность стадии сканирования тела нельзя переоценить. Это хорошо иллюстрирует пример женщины, проходившей лечение от тревожности, испытываемой ею во время выступлений, и успешно переработавшей воспоминания о том, как она сильно замерзла во время презентации. Выполняя сканирование тела, она сообщила о странном ощущении в области поясницы, которое пыталась объяснить тем, что очень долго сидела неподвижно во время сеанса. Однако когда это ощущение было избрано в качестве цели для последовательных серий движений глаз, клиентка внезапно вскрикнула от того, что у нее в памяти всплыл образ ее дяди, проявлявшего когда-то к ней сексуальные домогательства, — он повалил ее на кровать, схватив руками за поясницу. Такую ассоциацию не предвидели ни психотерапевт, ни клиентка. Дисфункциональный материал, ассоциирующийся с заявленными жалобами на тревожность во время выступлений (т.е. воспоминание клиентки о том, как он замерзла во время презентации), логически связался с воспоминаниями о сексуальных домогательствах, когда она испытывала тревожность и дистресс, оказавшись в такой роли*. Хотя это воспоминание прежде не было вскрыто, подобные предшествующие события часто оказываются причиной нынешних, казалось бы, совершенно безобидных жалоб. Психотерапевт, конечно, не должен чисто автоматически предполагать, что в основе всех нынешних жалоб лежит какой-то иной, более ранний травматический материал, но ему следует быть готовым к тому, что такой материал может спонтанно проявиться во время психотерапии. Этот пример еще раз подчеркивает необходимость психотерапевтического взаимодействия психотерапевта и клиента, а также важность гибкости в принятии психотерапевтических решений.

Стадия сканирования тела в ДПДГ-психотерапии завершается, когда клиент, удерживая в сознании одновременно и целевое событие, и положительное представление, при мысленном сканировании своего тела не обнаруживает никакого остаточного напряжения. Если клиент сообщает о положительных или комфортных ощущениях, должны быть проведены серии движений глаз для усиления этих ощущений.

Стадия седьмая: завершение

Психотерапевт должен проводить очистку каналов дисфункциональной информации очень тщательно, и для этого должно быть предусмотрено необходимое время. Хотя обычно 90-минутного сеанса для успешной переработки самого травматического материала, связанного с отдельным воспоминанием, вполне достаточно, так бывает не всегда. Поэтому психотерапевт должен оставлять время для завершения сеанса с положительными инструкциями, оставляющими клиента в комфортном состоянии.

Психотерапевт никогда не должен позволять клиенту покидать кабинет в состоянии сильного беспокойства или при незавершенном отреагировании. Поэтому если до конца сеанса остается несколько минут, новый канал **не должен** избираться в качестве цели и сканирование тела **не должно** производиться. Клиент может чувствовать себя достаточно успокоенным после успешной переработки отдельного канала и может получить психотерапевтический инсайт, относящийся к одной из ассоциативных цепей. Кроме того, он может испытывать чувство благополучия, достигая уровня в 7 баллов по Шкале соответствия представления в связи с появлением новых положительных качеств. Однако избрание в качестве цели нового канала либо телесного напряжения, вскрытого при сканировании тела, может проявить новую цепь ассоциаций, для переработки которой потребуется время.

Визуализация

Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту необходимо применить гипноз или направляемую визуализацию, чтобы вернуть его в комфортное состояние. Упражнение “безопасное место”, описанное в главе 5, может применяться для большинства клиентов ДПДГ, так как есть многочисленные сообщения о его положительных эффектах. Кроме того, психотерапевты могут использовать фрагменты аудиозаписей, перечисленных в конце книги в списке литературы (например, Miller, 1994), и специальные упражнения для завершения сеанса, обзор которых приводится в главе 9.

На завершающей стадии процесса лучше использовать проверенный метод релаксации, чем экспериментировать с новыми методами.

Оценивание безопасности

После применения техники направляемого воображения психотерапевт должен оценить состояние клиента, чтобы выявить возможные диссоциации, препятствующие его возвращению в “здесь и сейчас”. Иногда клиенту нужно некоторое время подождать в комнате для посетителей, пока психотерапевт решит, что потенциальной опасности уже нет.

Временами клиенту может понадобиться помощь в завершении незаконченного процесса определения цели до уровня, с которым можно будет работать во время следующего сеанса. Иногда (довольно редко) необходимо еще раз встретиться с клиентом в этот же день с целью завершения переработки или же назначить встречу в течение недели.

Обычно рекомендуется недельный срок между сеансами, чтобы за это время дать клиенту возможность проинтегрировать проявившийся материал и идентифицировать новые цели. Однако с некоторыми клиентами необходимо встре-

чаться и чаще, особенно в тех случаях, когда проявляются многочисленные беспокоящие воспоминания или если клиент находится в состоянии сильного дистресса вследствие незавершенности психотерапевтического сеанса. Психотерапевт должен оценить потенциальную возможность возникновения у данного клиента высокого уровня беспокойства и при необходимости назначить ему по телефону встречу, чтобы выяснить, как он себя чувствует.

Завершение сеанса и ведение личных записей

В конце каждого сеанса с каждым клиентом необходимо проводить подробное обсуждение. Такое обсуждение особенно важно, когда травматический материал переработан не полностью, так как в этом случае весьма велика вероятность того, что переработка будет продолжаться между сеансами и сохранится высокий уровень беспокойства. Для того чтобы уменьшить степень беспокойства клиента, психотерапевт должен сказать ему, что во время следующего сеанса он снова сможет обратиться к избранному в качестве цели травматическому событию.

В конце каждого сеанса важно напоминать клиенту, чтобы он записывал беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации. Такой дневник поможет психотерапевту выявить новые цели. Кроме того, психотерапевт должен иметь возможность использовать записи в дневнике для идентификации любых дисфункциональных паттернов или форм поведения, избираемых затем в качестве цели.

Клиенту необходимо сказать, что для него важно не только достаточно быстро продвигаться в лечении, но и что степень его тревожности в дальнейшем будет зависеть от того, насколько активно он будет участвовать в процессе переработки. Это парадоксальное утверждение позволяет клиенту принимать любое свое беспокойство как часть целительного процесса.

Если обсуждение не проведено должным образом, то клиент, почувствовав себя хорошо после сеанса, может решить, что успех уже достигнут. Однако если между сеансами возникнет беспокойство, он может решить, что “неспособен ни на что хорошее”. Хотя обсуждение обычно проводится для обеспечения реалистических ожиданий, клиенты с низким уровнем самоуважения будут рассматривать это как еще один признак своего провала и у них даже могут возникать суицидальные мысли.

Жизненно важно, чтобы клиенты понимали, что их беспокойство, независимо от его природы, просто представляет собой продолжение “эффекта домино”, возникающего при ДПДГ. Иногда могут появляться образы и воспоминания, а иногда — только беспокоящие воспоминания. Вне зависимости от природы дистресса клиенту необходимо просто кратко его описать, не придавая особого значения происходящему, а затем предложить упражнение на релаксацию. Если у клиента есть вопросы, он может задать их психотерапевту. Результатом правильно проведенного обсуждения будет уменьшение количества срочных вызовов по телефону (их может стать даже меньше, чем было обычно у этого психотерапевта). Хорошо подготовленный клиент может просто наблюдать дистресс, вместо того чтобы быть поглощенным им.

Еще одна причина, по которой клиенту предлагают вести дневник, состоит в том, что это дает ему дополнительный способ дистанцироваться от беспокойства, возникающего в интервале между сеансами. Наблюдая собственный дист-

ресс, клиент молчаливо обучается тому, что он сам является чем-то большим, чем его патология. Ему предлагается как бы сделать моментальный снимок своего беспокойства, кратко описывая то, что его вызывает, а также любые специфические мысли, эмоции, физические ощущения или образы, возникающие в это время в уме. Это дает возможность клиенту наблюдать свои собственные паттерны и ответные реакции. Кроме того, вместо использования утверждений типа "Я напуган" клиенту предлагают идентифицировать компоненты своего страха. Он начинает понимать, что такие эмоции, как страх, стыд или гнев, действительно предшествуют физическим ощущениям, которые могут быть описаны или изменены. Такой процесс научения в дальнейшем выполняется с помощью релаксационной аудиозаписи или упражнения по созданию безопасного места после того, как необходимая информация была записана в дневник.

Клиенту нет необходимости записывать в дневник слишком много данных — достаточно той информации, которая позволит ему вспомнить обстоятельства возникновения беспокойства для их обсуждения и возможного избрания в качестве цели во время следующего сеанса. Записи в дневнике могут отражать сновидения, прошлые события, настоящие ситуации или страхи, связанные с будущим. Чтобы сбалансировать записи, необходимо предложить клиенту записывать и все приятное, что будет возникать у него. Положительные инсайты также весьма полезны для планирования лечения и определения его направления.

Хотя у психотерапевта может быть перечень травм клиента, установленных во время определения анамнеза, никакие новые травматические воспоминания не должны избираться в качестве цели до тех пор, пока не прекратятся основные отражения старых событий. Иными словами, если у клиента наблюдаются многочисленные ночные кошмары, несомненно связанные с событием, переработка которого производится, то психотерапевт будет избирать их в качестве цели во время следующего сеанса. Если при этом возникает ряд ассоциативно связанных образов или если клиент сообщает о новом видении первоначальной цели, нуждающемся в дополнительном внимании, то психотерапевту необходимо помочь ему переработать данный материал до лечения новой травмы. Важно оставить клиента в состоянии психологической уравновешенности. Если дальнейшие проявления первоначальной цели продолжают беспокоить, то к ним необходимо обратиться до того, как начнется переработка нового травматического материала, способного вызвать дополнительный дистресс. Однако если возникает новое беспокоящее явление, к нему также необходимо относиться как к проявлению "эффекта домино". После этого записи клиента должны быть использованы для определения цели во время следующего сеанса.

На начальных стадиях ДПДГ-психотерапии упор делается на лечении наиболее дисфункциональных воспоминаний, являющихся основой патологии. Изучение истории клиента и записей в его дневнике раскрывают большинство относящихся к делу целей, в том числе беспокоящие воспоминания, сновидения и ассоциативно связанные с этим события. Дальнейшее использование записей клиента в дневнике рассмотрено в главе 8.

Некоторые клиенты демонстрируют весьма незначительные изменения (или их полное отсутствие) во время переработки. Несмотря на это, психотерапевт должен провести соответствующее обсуждение и дать инструкции по ведению записей в дневнике, даже если нет очевидных признаков того, что переработка была завершена. Нет ничего необычного в том, что клиент во время сеанса проявляет относительное сопротивление лечению и перерабатывает материал позд-

нее. Однако такая неожиданно начинающаяся переработка может вызывать очень сильное беспокойство, и психотерапевт должен заверить клиента в полной безопасности вне зависимости от количества изменений, наблюдаемых во время сеанса.

Необходимо поощрять ежедневное использование снижающей стресс аудиозаписи, служащей для расслабления и в качестве инструмента воздействия на беспокоящие эмоции и мысли. Упражнения по релаксации или направляемой визуализации для большинства клиентов могут стать более эффективной помощью, чем попытки произвести когнитивные или поведенческие изменения без соответствующей поддержки. Если продающиеся в торговой сети записи оказываются недоступными или неподходящими, психотерапевт может сам сделать аудиозапись одной из техник завершения психотерапии, приводимых в главе 9, чтобы клиент мог пользоваться дома этой кассетой.

Естественно, клиенту следует сказать, что он должен подготовиться к любым возможным изменениям в эмоциях или же, наоборот, к отсутствию изменений. Психотерапевту необходимо попытаться внушить клиенту чувство принятия и объективности ("Путь происходит то, что происходит, а вы просто наблюдайте за этим"), чтобы клиент специально не стремился к изменениям и не пытался форсировать их в период между сеансами. Для многих индивидов время между сеансами является периодом дополнительных инсайтов; для других это может быть временем хаотических чувств и эмоций. Хотя психотерапевт может надеяться на появление признаков успешной переработки с возникновением новых инсайтов и форм поведения, в том случае, если клиенты проявляют нереалистичные или чрезмерные ожидания, любой полезный эффект психотерапии скорее всего будет подорван. При подведении итогов психотерапевт говорит примерно следующее:

> **"Переживания могут проявляться у вас, а могут и не проявляться. Если это происходит, прекрасно. Запишите все происходящее. Мы сможем использовать это в качестве цели на следующем сеансе. Если всплывают новые воспоминания, сновидения или ситуации, беспокоящие вас, просто сделайте хороший "моментальный снимок". Нет необходимости приводить много подробностей. Просто сделайте краткую запись, которая напомнит вам о происходившем, если мы захотим использовать это в следующий раз в качестве цели. То же самое относится к любыми положительным сновидениям или ситуациям. В случае возникновения отрицательных чувств старайтесь не придавать им значения. Помните, все это уже в прошлом. Просто запишите их для следующего раза. Затем используйте релаксационную аудиозапись или выполните упражнение "безопасное место", чтобы позволить максимальному количеству травматического материала уйти из поля сознания. В любом случае используйте аудиозапись каждый день и звоните мне, как только почувствуете необходимость".**

Хотя на этом заканчивается индивидуальный сеанс, ДПДГ-психотерапия не может быть завершена без уделения должного внимания стадии переоценки. ДДПГ не является психотерапией, проводимой всего лишь за один сеанс, и пси-

хотерапевт должен приступать к лечению клиента только тогда, когда приняты все необходимые меры с учетом возможных последствий и правильно оценены потенциальные нужды клиента. Если даже возникает впечатление, что клиент успешно переработал травму, связанную с отдельным событием, явившимся причиной обращения к психотерапевту, через неделю должен быть предусмотрен следующий психотерапевтический сеанс. Без такой встречи возрастает вероятность, что у клиента может появиться чувство неудачи при возникновении новых аспектов травматического воспоминания, нуждающихся в психотерапии; клиент может чувствовать себя обескураженным и ему может понадобиться дальнейшая помощь. Большинство клиентов способны хорошо понимать необходимость завершить все восемь стадий процесса ДПДГ, особенно если психотерапевт сравнивает это с необходимостью выпить всю бутылочку предписанного врачом антибиотика, для того чтобы стал заметен результат лечения.

Практика под наблюдением

Перед тем как приступить к лечению клиентов, психотерапевту можно рекомендовать поработать под наблюдением опытного инструктора по ДПДГ в небольшой группе, чтобы применить на практике изложенную здесь информацию, избирая в качестве цели старые воспоминания с уровнем беспокойства порядка 5 баллов по Шкале СЕБ. Когда психотерапевт почувствует себя уверенным в лечении беспокойства такого уровня, он может приступать к непосредственной практике, используя следующие главы как руководство для лечения более беспокоящих воспоминаний, оцененных по Шкале СЕБ в 7 баллов или даже выше.

Итоги и выводы

Десенсибилизация, инсталяция и сканирование тела являются стадиями ускоренной переработки. Такое разделение может быть полезным, однако уменьшение беспокойства, переструктурирование положительной атрибуции и уменьшение напряженности в теле являются частью общего эффекта переработки.

Во время десенсибилизации психотерапевт уделяет внимание “очистке каналов” дисфункциональной информации, ассоциирующейся с целью. В конце этой стадии клиент должен иметь возможность сосредоточиваться на избранном в качестве цели травматическом событии с оценкой по Шкале СЕБ не более 0 или 1 балла.

Стадия инсталляции связывает воедино наиболее адаптивные положительные представления с первоначальной целью и оценивает соответствие представления в 6 или 7 баллов по Шкале соответствия представлений (или выше, если положительное представление продолжает усиливаться). При оценке степени соответствия представления важно принимать во внимание нынешние жизненные обстоятельства клиента, чтобы положительное представление было для него экологически валидным. С любыми заблокированными ранее убеждениями, вскрываемыми на данной стадии, необходимо проводить отдельную психотерапевтическую работу.

Сканирование тела проводится для того, чтобы клиент мог оценить присутствие остаточных физических напряжений при одновременном удерживании в

сознании избранного в качестве цели травматического события и положительного представления. Ощущения в теле должны быть переработаны с помощью дополнительных серий движений глаз, раскрывающих другие каналы дисфункциональной информации, включающей в себя страхи, гнев, печаль или сопротивление изменениям. При завершенном лечении сканирование тела не должно показывать каких-либо напряжений или ассоциирующихся с ними ощущений в теле.

В конце сеанса психотерапевту необходимо оценить, насколько состояние клиента безопасно для него, учитывая и то, способен ли он покинуть кабинет психотерапевта и сможет ли самостоятельно справиться с любыми эмоциональными беспокойствами, которые могут проявиться впоследствии. Важно, чтобы с клиентом проводилось адекватное обсуждение, включающее использование его дневника и релаксационных аудиозаписей, так как и то и другое позволяет ему просто наблюдать за появлением любого нового материала (как во время сеансов, так и между ними), не будучи поглощенным этим материалом. Если клиенты чувствуют, что этот материал слишком переполняет их или что контроль за ходом процесса утрачивается, они могут преждевременно прерывать лечение. Финальная стадия лечения, стадия переоценки, вводит индивидуальный сеанс по переработке в общий контекст плана психотерапии.

Психотерапевты, являющиеся новичками в технике ДПДГ, должны использовать материл этой книги в своей практике под наблюдением специалиста по ДПДГ, прошедшего специальную подготовку. В этом случае первое использование ДПДГ должно ограничиваться давними травматическими воспоминаниями, оценивающимися не выше чем в 5 баллов по Шкале СЕБ.

Данная глава описывает типичное стандартное взаимодействие психотерапевта и клиента, а также основные процедуры ДПДГ. Более продвинутые методы и различные их варианты изложены в следующих главах.

7. РАБОТА С ОТРЕАГИРОВАНИЕМ И БЛОКАМИ

Наша задача в том, чтобы сохранять сердце открытым даже в аду.

Стивен Левин

В данной главе представлены психотерапевтические стратегии для сеансов ДПДГ при работе с особенно тяжелыми клиентами. Поскольку эти стратегии являются частями 4—6-й стадий ДПДГ, мы рассмотрим их, прежде чем перейти к разбору завершающей стадии — переоценки.

Как уже обсуждалось в предыдущих главах, у некоторые клиентов устойчивый эффект переработки достигается при сосредоточении на отдельной картине события, в то время как у других возникают многочисленные ассоциации, ответвляющиеся от первоначально избранного предмета воздействия. В конце каждой серии движений глаз клиенту следует сохранять осознавание возникающего материала либо перемещать свое внимание на что-либо иное. Кроме того, клиенту необходимо помочь установить, на каких аспектах предмета воздействия необходимо сосредоточиться во время следующей серии движений глаз или определить новую цель воздействия.

Выбор психотерапевта в этом случае будет зависеть от эффектов, наблюдаемых во время каждой из серий движений глаз. Примерно 40% времени соединение в равных пропорциях таких обычных компонентов, как образ, самопредставление и ощущения в теле, с движениями глаз способствует полной переработке. В остальных случаях для эффективности психотерапии необходимо применение альтернативных процедур.

Сложные случаи, которым посвящена данная глава, относятся к клиентам, у которых отреагирование связано с переживанием высокого уровня беспокойства, и к ситуациям, в которых переработка преждевременно приостанавливается. Каждый сеанс ДПДГ уникален с точки зрения субъективных переживаний клиента, но многочисленные клинические наблюдения указывают на то, что при удачном психотерапевтическом воздействии определенная генерализация может происходить.

Отреагирование

Отреагирование представляет собой потенциально возможную и естественную часть интегративной эмоциональной и когнитивной переработки любой из избранных целей воздействия. Не следует рассматривать отреагирование ни как непременно необходимую стадию процесса, ни как нечто несущественное; его возникновение следует принимать как естественную интегральную часть субъективной ответной реакции клиента при переработке дисфункциональной информации.

Психотерапевт должен постоянно помнить (и напоминать клиенту), что избранные в качестве цели воздействия воспоминания можно рассматривать как своего рода комплексные информационные образования, сохраняемые в нервной системе вместе с памятью о первоначальном восприятии, существующей в специфической форме, обусловленной состоянием в момент травматического

события. При стимулировании этого материала клиент может вспоминать свои чувства и мысли в момент самого травматического события. Кроме того, могут быть также стимулированы физические ощущения и эмоции, являющиеся частью информации об избранном в качестве цели и предмета воздействия травматическом событии. Клиенты могут переживать все это с различной интенсивностью, от полного повторения первоначального переживания до всего лишь слабого его отражения.

В центре сеанса ДПДГ находится избрание в качестве цели и предмета воздействия дисфункциональной информации и обретение к ней доступа. Так как стимулирование информации уже произведено, в сознание будет привноситься первоначально не усвоенная информация, не прошедшая процесс метаболизма и переработки. Если этот процесс сопровождается высоким уровнем беспокойства, то наблюдается проявление отреагирования. Однако, хотя мы не делаем никаких предположений об уровне интенсивности, необходимом для успешной переработки избранного в качестве цели воздействия воспоминания, клиента не следует поощрять форсировать отреагирование или пытаться подавлять его. Попытки насильно ограничить клиента клиническими стандартами будут только препятствовать достижению полной эффективности психотерапии.

Важно отметить специфический способ понимания отреагирования в технике ДПДГ, так как этот термин для разных психотерапевтов имеет различное значение. Хотя, как уже отмечалось, при ДПДГ отреагирование предполагает наличие у клиента высокого уровня беспокойства, оно не включает в себя элементы диссоциации, обычно наблюдаемые при гипнотическом отреагировании. При правильном использовании ДПДГ не приводит к полному погружению в воспоминание, так как клиент специально подготовлен к тому, чтобы сохранять двойную фокусировку — как на осознавании прошлого, так и на чувстве безопасности в настоящем. Кроме того, в отличие от гипноза, при ДПДГ отреагирование не продолжается непрерывно, от одного мгновения к другому в "реальном времени" повторного переживания травматического события. (При гипнозе даже в случаях специально внушаемых временных искажений клиент обычно последовательно проходит через каждое мгновение травматического события.) Однако психотерапевты, получившие подготовку как в ДПДГ, так и в области клинического гипноза, согласны в том, что при ДПДГ отреагирование происходит в четыре-пять раз быстрее, чем при гипнозе, и что клиент при этом перескакивает от одного ключевого элемента события к другому. Так как при ДПДГ переработка происходит ускоренно, травмы разрешаются сравнительно быстрее.

Во время отреагирования психотерапевту следует позаботиться о создании у клиента чувства безопасности. Психотерапевт должен быть хорошо знаком со случаями проявлений интенсивных эмоций и при этом уверенно себя чувствовать, не проявляя ни страха, ни отвращения; это не должно выражаться ни в тоне его голоса, ни в каких-либо невербальных сигналах. Клиент нуждается в безусловном уважении и поддержке — это касается всей работы с техникой ДПДГ, но в особенности важно во время отреагирования.

Для психотерапевта принципиально важно помнить, что стимулирование избранных в качестве цели и предмета воздействия воспоминаний позволяет выйти на поверхность эмоциям, запечатленным во время травматического события. Например, хотя клиенту во время лечения может быть сорок лет, он будет переживать такие же эмоции, которые испытывал в детском возрасте. Так, ужас и

беспомощность, испытанные в четырехлетнем возрасте при сексуальном домогательстве или физическом нападении, могут быть заново пережиты со всей первоначальной интенсивностью. Клиент, пытавшийся отрицать это, выстраивать барьеры или подавлять свои сильные эмоции на протяжении 35 лет, должен быть поставлен в такие безопасные условия, чтобы в присутствии психотерапевта пережить их заново. Это особенно важно потому, что чувство собственной вины, часто присущее травматическому опыту раннего детства, может быть вновь стимулировано во время ДПДГ. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь клиенту переработать ранний материал без страха, отвержения или негативной оценки.

Те психотерапевты, у которых сильная эмоциональная реакция клиента вызывает отвращение, не должны применять ДПДГ, хотя эта техника может показаться им вначале совершенно безобидной. Причиной очевидных проявлений беспокойства является одно или несколько травматических событий в прошлом. Поэтому вне зависимости от клинических ожиданий избрание в качестве цели существующих в настоящее время дисфункций может привести к тому, что клиент будет спонтанно перемещаться к более ранним воспоминаниям, проявляя полномасштабное интенсивное отреагирование. Если психотерапевт не подготовил к этому клиента, то последний может пытаться подавлять эмоциональную ответную реакцию, что приводит лишь к повторной травматизации.

Рекомендации по облегчению отреагирования

Рекомендации, приводимые в данной главе, могут помочь психотерапевту провести клиента через процесс отреагирования. Некоторые вещи, описываемые здесь, уже будут знакомы психотерапевту по его работе с другими техниками отреагирования, а кое-что специфично именно для ДПДГ. Для того чтобы психотерапевт чувствовал себя уверенно, а клиент — комфортно, полезно помнить о следующих моментах.

1. ДПДГ никогда не вызывает у клиента дистресс, а только снимает его. Избранное в качестве предмета и цели воздействия травматическое событие может быть источником дисфункциональности в жизни клиента. Обычно это оказывается причиной его жалоб; негативные эмоции возникают у него снова и снова (как на уровне сознания, так и ниже его порога) после того, как произошло само травматическое событие. Отреагирование во время ДПДГ является верным признаком того, что дисфункциональный материал проходит переработку.

2. Отреагирование всегда имеет свое начало, среднюю стадию и завершение. Клинические наблюдения указывают на то, что при ДПДГ отреагирование развивается очень быстро — гораздо быстрее, чем при использовании гипноза. Хотя клиент может испытывать довольно значительный уровень беспокойства, обычно отреагирование продолжается все же не столь долго, как первоначальное переживание; дистресс может начать быстро снижаться уже на протяжении первых 20 минут. В большинстве случаев травматическое воспоминание будет в основном переработано на протяжении стандартного 90-минутного сеанса.

3. В большинстве случаев отреагирование возникает по мере того, как происходит переработка. Поэтому, когда стадия отреагирования успешно завершена, источник дисфункциональности ликвидируется. Отреагирование при ДПДГ отличается от подобных реакций клиента во время применения техник

погружения, которые должны повторяться достаточно много раз для достижения заметного психотерапевтического эффекта (Keane & Kaloupek, 1982). Во время использования традиционных методов психотерапии при обсуждении детской травмы или, например, недавнего случая насилия у клиентов могут наблюдаться чрезвычайно высокие уровни беспокойства, и возникновение таких эмоций является верным признаком дисфункциональности. При ДПДГ подобные беспокоящие эмоции являются признаком трансформации вызывающего беспокойство травматического материала и, соответственно, могут рассматриваться как проявления процесса восстановления здорового состояния. Это не означает, что один сеанс, во время которого происходило интенсивное отреагирование, непременно приведет к разрешению всего травматического материала. Но если переработка информации уже произошла, то наблюдавшийся ранее высокий уровень дистресса в последующих сеансах, как правило, не проявляется.

4. Психотерапевту необходимо проявлять сочувствие к клиенту. Если он сам чрезмерно погружается в тревожные эмоции или чувство ужаса, связанного с травматическим событием клиента, то может пропустить важные моменты для принятия решения и вмешательства в ход процесса. Клиент в свою очередь рассчитывает на то, что психотерапевт будет обеспечивать его эмоциональную стабильность и безопасность во время отреагирования. С другой стороны, клиент нуждается и в сочувствии; если психотерапевт будет проявлять равнодушие к страданиям клиента, то это лишь повредит психотерапевтическому процессу.

Обрести уравновешенность, необходимую для поддержки клиента во время ярко выраженного дистресса, затруднительно для психотерапевтов, использующих преимущественно когнитивные методы вмешательства. Им полезно вспомнить, как они оказывали помощь членам своей семьи, проявляя понимание и сострадание, но в то же время словесно оценивая ситуацию. Некоторые психотерапевты, имеющие опыт работы с такими техниками, как гипноз или направляемое воображение, готовят себя к сеансам с интенсивным отреагированием, визуализируя “целительный свет”, окружающий клиента, и представляя, что сами они находятся в защищающей “золотой сфере”. Другим психотерапевтам удается сохранять состояние уравновешенной непредубежденности, просто помня о трех предшествующих пунктах.

5. Для усиления чувства безопасности клиента следуйте “золотому правилу”: “Поступай по отношению к другим людям лишь так, как хотелось бы, чтобы они поступали по отношению к тебе”. Поэтому психотерапевту необходимо спросить самого себя, какая поддержка ему понадобилась бы, если бы он был внезапно затоплен эмоциями и физическими ощущениями ребенка, подвергающегося насилию. Ответ, вероятнее всего, раскроет некие важные моменты, которые и создают атмосферу поддержки и доверия, вызывая у клиента чувство полной безопасности. Клиента необходимо постоянно убеждать в том, что психотерапевт спокоен и заботлив, что в процессе отреагирования для него нет ничего неожиданного и он поддерживает все его проявления (вне зависимости от степени их интенсивности), принимая на себя ответственность за безопасность происходящего. Это даст возможность клиенту позволять происходить всему, что происходит, просто отмечая травматический материал, возникающий в сознании.

Для создания и сохранения такой атмосферы психотерапевту необходимо поддерживать клиента во время каждой серии движений глаз, обращаясь к нему заботливым и успокоительным тоном. Использование слов типа “Да, это оно”

или “Хорошо” поощряет клиента “просто отмечать” все происходящее и напоминает ему во время движений глаз, что он переживает “всего лишь картину прошлого события”. Все это ободряет клиента и является для него подтверждением того, что процесс ДПДГ развивается именно так, как ожидалось.

Поскольку клиент боковым зрением может наблюдать реакцию психотерапевта, тому необходимо сохранять на лице выражение покоя и исполненной сочувствия поддержки на протяжении всего сеанса. Как уже упоминалось, любые невербальные проявления страха, отвращения или неприятии со стороны психотерапевта могут наносить вред чувству безопасности клиента, ограничивая его способность завершить процесс.

6. Перед началом психотерапевтического сеанса клиентам необходимо напоминать, что сейчас они находятся в полной безопасности. Для ослабления страха перед повторным проживанием травматического события клиентам важно говорить, что любые беспокойства порождаются событиями, происшедшими уже достаточно давно, и в настоящее время им ничего не угрожает. Им необходимо напоминать, что различные аспекты травматического события наблюдаются и контролируются психотерапевтом так же, как мы наблюдаем на экране телевизора фильм, воспроизводимый на видеомагнитофоне. Только сам клиент “управляет видеомагнитофоном”, подавая сигнал психотерапевту путем поднятия руки или поворота головы. Психотерапевт сразу же приостанавливает движения, и “фильм” прекращается. Цель психотерапевтического сеанса состоит в том, чтобы позволить клиенту полностью пережить происходящее, сохраняя контроль над ситуацией.

Клиентам полезно напоминать метафору о движущемся поезде, в котором пациент является пассажиром, а прошлые травматические события — картинами, проносящимися мимо. Хотя клиент может испытывать эмоции и физические ощущения, все это лишь пейзажи за окном поезда. Необходимо напоминать клиенту, что, даже если он отмечает все эти картины, поезд проносится мимо и пассажиры находятся в полной безопасности.

В другой полезной метафоре, уже упоминавшейся ранее, ДПДГ сравнивается с поездкой на машине через темный туннель. Чтобы проехать через туннель быстро, необходимо нажимать ногой на педаль газа. В случае ДПДГ педалью газа являются движения глаз (либо другие формы стимуляции), ускоряющие переработку информации. Если убрать ногу с педали газа, машина замедляет движение и ей требуется больше времени, чтобы проехать через туннель. Подобным же образом, чтобы пройти через состояние дискомфорта, клиент должен продолжать движения глаз как можно дольше.

Важно сказать клиенту, что, даже если он заплачет, необходимо постараться держать глаза открытыми и продолжать выполнять серии движений, чтобы не прерывать процесс. Если же клиенты не могут держать глаза открытыми, необходимо применить другие формы стимуляции. Необходимо обязательно напомнить, что они могут прекратить процесс переработки, подав сигнал рукой или головой. Психотерапевт должен немедленно обратить внимание на эти сигналы.

7. Психотерапевту необходимо воспринимать подаваемые клиентом невербальные знаки, чтобы определить, достигла ли беспокоящая информация нового плато и нужно ли заканчивать серии движений глаз. В идеальном случае целью каждой серии движений глаз является перемещение клиента от одного информационного плато к другому с возрастанием психотерапевтического эффекта. Психотерапевт может увидеть достижение нового информационного плато,

когда клиент проявляет невербальные признаки достижения нового инсайта или же резкое снижение болезненности переживаний. Невербальные знаки могут проявляться в движениях глаз, напряжении мышц лица, в позе, в изменении скорости дыхания либо цвета лица. Все изменения такого рода необходимо продемонстрировать психотерапевту во время учебного сеанса, проводимого под руководством опытного инструктора по ДПДГ.

Хотя такие невербальные знаки являются верными признаками достижения нового информационного плато, психотерапевт не должен сразу же прекращать движения глаз. Достижение нового плато может проявляться в явных физических признаках еще до того, как клиент установит сознательную когнитивную связь с этим плато. Поэтому психотерапевту необходимо продолжать серии движений глаз еще 5—10 секунд после того, как отмечены изменения в выражении лица клиента, чтобы информация могла быть правильно проинтерпретирована. Образно выражаясь, психотерапевту необходимо дать клиенту время, чтобы “взойти” на новое информационное плато. Однако помните, что это восхождение может быть слишком длинным и трудным, чтобы завершить его за один сеанс.

8. Следует учитывать невербальные знаки клиента, чтобы выяснить, необходимо ли прекращать движения глаз до того, как будет достигнуто новое информационное плато. Хотя во время стимулирующих серий движений глаз преобразование информации будет происходить в ускоренном темпе, клинические наблюдения показывают, что очень важен промежуток между сериями движений глаз. Стимуляцию движениями глаз следует прекращать, для того чтобы:

а) дать клиенту возможность обратной связи, необходимой для определения, действительно ли происходит переработка;

б) дать клиенту возможность интегрировать новую информацию на вербально-сознательном уровне;

в) позволить клиенту пережить любые новые инсайты, обсуждая их с психотерапевтом и вновь получая от него подтверждение правильности хода процесса;

г) переориентировать клиента на настоящий момент, в котором он находится в полной безопасности;

д) дать клиенту отдых, позволяющий ему вынести физическое напряжение во время стадии отреагирования;

е) напомнить клиенту о том, что он как личность является чем-то несомненно большим, чем его патология и переживания во время отреагирования, и что он может произвольно входить в свои состояния и выходить из них;

ж) успокоить клиента;

з) оценить необходимость дополнительного вмешательства.

Длительность периода отдыха после серии движений глаз определяется индивидуальными потребностями клиента и может значительно отличаться от одной серии к другой. Психотерапевт не должен начинать движения глаз, если клиенту необходимо восстановить душевное равновесие и получить поддержку. Важно также напоминать о том, что переработка продолжается и во время отдыха, хотя и более медленно. Поэтому психотерапевт должен очень внимatель-

но наблюдать за клиентом, чтобы оценить, начался ли снова процесс отреагирования. Если это происходит, то необходимо возобновить движения глаз.

9. Психотерапевту необходимо усиливать у клиента двойную фокусировку внимания. Для этого необходимо напоминать, что они должны продолжать осознавать информацию, проходящую переработку, и в то же время быть внимательными к любым внешним стимулам, предлагаемым психотерапевтом. Клиент должен погрузиться в воспоминания, активированные стимуляцией, осознавая как свою полную безопасность в настоящем, так и свои задачи. На физиологическом уровне эта двойная фокусировка внимания может изменять привычный стереотип реакции на травму и приводить к возрастанию психотерапевтической адаптивности. Двойное осознавание позволяет клиенту сохранять чувство присутствия в настоящем и использовать все возможности, предлагаемые психотерапевтом. Это может усиливать способность клиента противостоять эмоциональным потрясениям во время отреагирования.

В дополнение к обеспечению вербальной поддержки психотерапевт может усиливать связь клиента с настоящим, намеренно изменяя направление и скорость движений глаз. Для того чтобы клиенты могли выполнять движения глаз во время отреагирования, психотерапевт может применять более медленные движения или ограничивать их амплитуду. Когда клиент начинает плакать или проявляет другие признаки высокой степени беспокойства, то психотерапевту, возможно, следует изменить характер движений глаз, чтобы клиенту легче было следить за внешней точкой фокусировки. Многие клиенты не могут выполнять полные двусторонние движения при высокой степени беспокойства и у них возникают проблемы, если психотерапевт попытается ускорить движения глаз. Необходимо обратить особое внимание на то, чтобы у клиента не зафиксировалось чувство неудачи в том случае, если он не сможет выполнять движения глаз с обычной скоростью или амплитудой.

Кроме того, если характер движения глаз становится для клиента легко предсказуемым, то он может опережать движения руки психотерапевта и при сосредоточении внимания на дисфункциональном материале выполнять движения глаз чисто механически, что воспрепятствует успешной переработке травматической информации. Для избежания этого необходимо изменять скорость движений глаз во время каждой серии. Тогда, то ускоряя движения глаз, то замедляя их вслед за движениями руки психотерапевта, клиент будет сохранять осознавание происходящего в настоящий момент. Произвольное изменение направлений движений глаз от одной серии к другой (но не в пределах отдельной серии движений) может иметь такой же эффект. Конечно, психотерапевт должен быть уверен, что использует правильное направление, способствующее возникновению у данного клиента желаемых изменений. Помните, что при определенных направлениях движений глаз у некоторых индивидов переработка вообще не происходит. Для клиента важно переработать за время одной серии как можно большее количество информации, что увеличивает его психологическую уравновешенность и поощряет к продолжению выполнения движений.

10. Во время отреагирования психотерапевт работает с чувством диссоциации или с любыми другими эмоциями клиента. Многие клиенты во время получения первоначальной травмы находились в диссоциированном состоянии. Во время сеанса ДПДГ психотерапевт должен распознавать подлинную природу проявившейся диссоциативности, учитывая одну из следующих возможностей: 1) проявление старого чувства диссоциированности, связанного с травматиче-

ским воспоминанием и проходящего переработку во время выполнения движений глаз; 2) новая диссоциированность, возникающая вследствие того, что клиент чувствует себя слишком сильно погрузившимся в свои переживания; 3) у клиента есть невыявленное диссоциативное расстройство.

Последние две возможности уже обсуждались в главах 4, 5 и 6, и таких случаев лучше просто избегать. Если они все же возникают, психотерапевт должен немедленно прекратить переработку и предпринять действия для исправления ситуации. Когда проявляется старая диссоциативность, психотерапевту необходимо предложить клиенту отметить все физические ощущения, связанные с этим чувством, помогая ему оставаться в настоящем и продолжать переработку. Этого можно достичь 1) с помощью слов типа “Оставайтесь в контакте со мной” или “Сейчас вы в полной безопасности”; 2) повторяя слова типа “Да, да, да” в том же ритме, что и движения глаз; 3) предлагая клиенту ударять руками по стулу в одном ритме с движениями глаз; 4) предлагая клиенту рассказывать о том, что происходит в его памяти во время выполнения движений глаз.

11. Психотерапевтам необходимо попытаться уменьшить степень беспокойства клиента, предлагая ему совершать определенные визуальные манипуляции с травматическим воспоминанием. При этом применяют следующие стратегии эмоционального дистанцирования: 1) попытаться превратить картину воспоминания в неподвижную фотографию; 2) попробовать преобразовать картину воспоминания в черно-белую видеозапись; 3) представить, что ребенок — жертва давнего травматического события — держит за руку самого себя во взрослом возрасте; 4) представить, что травматическое событие происходит за защитной стеклянной стеной; 5) установить защитную стеклянную стену между собой и преступником, образ которого помещается на достаточно большом расстоянии. В последнем случае по мере переработки образ преступника медленно приближается к жертве, но между ними остается воображаемая защитная преграда из стекла (Wolpe & Abrams, 1991).

Однако психотерапевт должен быть готов прибегнуть к дополнительным стратегиям: во-первых, далеко не все клиенты обладают способностью сохранять визуальный контроль, необходимый для всех изменений хода процесса; во-вторых, при выполнении серии движений глаз визуальный контроль может быть утрачен, что приводит к возрастанию уровня беспокойства; в-третьих, если используются визуальные манипуляции, со временем приходится обращаться к первоначальному образу для переработки любой остаточной информации. Целью всех визуальных манипуляций является нахождение такого угла зрения, с которого клиент сможет наблюдать свое воспоминание с наиболее низким уровнем беспокойства. Кроме того, сама способность манипулировать своими воспоминаниями предполагает не только то, что клиент как личность представляет собой нечто гораздо большее, чем его патология, но и то, что в настоящее время он полностью контролирует происходящее. Однако помните, что визуальные манипуляции используются лишь как промежуточное средство. В конечном счете травматическая информация должна пройти полную переработку. Далее будет подробно обсуждаться ситуация, когда переработка блокируется.

12. Для обеспечения максимально возможной эмоциональной стабильности психотерапевт должен поощрять клиента максимально приготовиться к сеансу. Например, многие клиенты хотели бы, чтобы возле них находился близкий и любимый человек, который может поддержать их после сеанса, либо принести с собой какой-либо объект — книгу, игрушку или иной талисман, —

дающий им дополнительное чувство безопасности. Однако использование для этого домашних животных нежелательно, так как они могут мешать ходу сеанса, особенно если будут чувствовать, что клиент испытывает беспокойство. Не стоит позволять и присутствие посторонних людей, так как они могут отвлекать внимание, испытывать страх перед происходящим либо вести себя каким-то иным образом, мешающим ходу психотерапевтического сеанса.

Для успокоения клиента психотерапевт должен предоставить ему возможность держать себя за руку, — если, конечно, клиент нуждается в дополнительном чувстве стабильности или усилении связи с психотерапевтом. Однако необходимо строго следить за тем, чтобы психотерапевт не пытался сам взять клиента за руку или прикоснуться к нему во время отреагирования, так как это действие может ассоциироваться с воспоминаниями о насилии, пережитом во время травмы. Предоставление клиенту возможности выражать свои желания принципиально отличается от вмешательства психотерапевта, способного привести лишь к повторной травматизации.

13. При необходимости психотерапевты должны изменять характер слуховых раздражителей или постукиваний по ладони. В некоторых случаях клиент не может продолжать переработку с открытыми глазами из-за страха, возникающего от ассоциации движений руки психотерапевта с какими-либо формами насилия во время первичного травматического события, или непроизвольных рыданий. Если клиент не способен больше следить за движениями руки психотерапевта, то последний должен попытаться использовать ритмические звуки или постукивание по руке клиента. При использовании таких альтернативных стимулов во время стадии отреагирования необходимо быть особенно внимательным, так как психотерапевту труднее заметить, когда у клиента возникает диссоциативная отстраненность от происходящего. Одно из преимуществ движений глаз состоит в том, что психотерапевт может видеть, когда у клиента начинает возрастать связь с переживаемым внутренним материалом, так как при этом его глаза перестают выполнять следящие движения. Однако для некоторых клиентов постукивание по руке начинает влиять на интенсивность ответной реакции и поэтому не позволяет продолжать переработку, когда уровень беспокойства слишком велик, чтобы по-прежнему адекватно выполнять следящие движения глаз. В этом случае, чтобы определить, продолжается ли у клиента процесс переработки, особенно важны невербальные сигналы.

14. Если, несмотря на использование движений глаз, постукиваний по руке или звуковых стимулов, у клиента не происходит переработка информации, психотерапевту необходимо применить специальные подходы для тех случаев, когда переработка "блокируется". Обычная форма блокирования при отреагировании — так называемая "мертвая петля". В этой ситуации вместо постоянного продвижения клиента от одного информационного плато к другому (или вместо появления явных признаков, что никаких изменений не происходит) клиент зацикливается на одном информационном плато. "Мертвая петля" начинает проявляться в том случае, когда клиент демонстрирует высокий уровень дистресса при отреагировании и говорит, что те же самые эмоции и образы снова и снова возвращаются при последующих сериях движений глаз. Иногда при этом происходит незначительное снижение дистресса, сопровождающееся возвращением к тому же самому кругу отрицательных мыслей и эмоций. В таком случае психотерапевтам необходимо использовать описанные ниже способы дополнительного стимулирования процесса переработки при возникновении заблокиро-

ванности. При работе с клиентами, имеющими явную склонность к проявлению феномена “мертвой петли”, необходимо использовать подходы, описываемые в главе 10.

Если отреагирование продолжается

Если применено все описанное выше и в следующем разделе, но успех так и не достигнут, то психотерапевт, недостаточно опытный в ДПДГ-психотерапии, должен использовать упражнение по созданию безопасного места (описанное в главе 5) или одну из завершающих процедур, описанных в главе 9, выводя таким образом клиента из процесса. Более продвинутые формы ДПДГ, необходимые для того, чтобы продолжать в этом случае переработку, описаны в главе 10. Помните о том, что данная книга является учебником, который прежде всего должен применяться в практических сеансах, проводимых во время обучения под руководством опытного специалиста по ДПДГ. Более продвинутые формы ДПДГ могут применяться только после того, как психотерапевт приобретет практический опыт работы.

Психотерапевтические стратегии в случаях заблокированной переработки

Психотерапевтические стратегии, предлагаемые в этой части данной главы, могут помочь психотерапевту стимулировать затормозившуюся переработку. Подходы, описанные в разделе “Первичная цель”, обеспечивают сосредоточение внимания клиента на проявлениях первоначальной цели. Способы, предлагаемые в разделе “Вспомогательные цели”, относятся к дополнительным факторам, приводящим к возникновению блока. Эти факторы необходимо тщательно изучить, так как продолжение дистресса может указывать на необходимость переработки различного материала до возвращения к первоначальной цели; эти подходы необходимо использовать в том случае, если способы, предложенные ранее, окажутся безуспешными при попытках активизировать переработку. Психотерапевт должен всегда учитывать возможность, что описываемые здесь альтернативные психотерапевтические стратегии могут понадобиться ему в сеансе ДПДГ.

Первичная цель

В данном разделе предлагаются различные варианты процедур, используемых для изменения фокусировки клиента в том случае, когда эффект переработки ослабевает. Психотерапевт может приостановить переработку, если травматическая информация не достигает необходимой степени десенсибилизации и никак не изменяется после двух последовательных серий движений глаз.

Первые два технических приема представляют собой изменения в характере движений глаз и сосредоточении внимания на ощущениях в теле. Если это окажется неэффективным, необходимо прибегнуть к дополнительным психотерапевтическим подходам. Они основаны на идее, что воздействие на мозг клиента происходит, когда ему предлагают произвольно изменить сознание, используя какой-либо способ, возникающий спонтанно в тех случаях, когда переработка

проходит успешно. После проведения анализа ситуации психотерапевт может вносить в процесс изменения, исходя из собственного клинического опыта.

Помните, что для некоторых клиентов необходимы более продвинутые формы ДПДГ, в особенности для лиц, проявляющих склонность к диссоциативности. Однако формы ДПДГ, описанные в главе 10, должны применяться только после работы с основной формой ДПДГ на протяжении по крайней мере восьми недель (примерно пятьдесят сеансов) под наблюдением опытного специалиста. Чтобы использование продвинутой версии ДПДГ было эффективным, психотерапевт должен иметь достаточно большой опыт практической работы, уверенно применять техники, описанные в главах 4—10, и представлять себе основные формы возможной ответной реакции клиента.

Следующие технические приемы перечислены по степени их полезности. Во всех случаях заблокированной переработки прежде всего необходимо изменить характер движений глаз и направить внимание клиента на ощущения в теле.

Изменение характера движений глаз

Если после двух серий движений глаз ответная реакция клиента остается прежней, психотерапевту необходимо изменять направление, продолжительность, скорость или амплитуду движений глаз, постепенно сдвигаясь то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Больший успех может дать сочетание этих изменений.

Сосредоточение на ощущениях в теле

Ощущения в теле могут быть проявлениями эмоций или физических ощущений, испытывавшихся клиентом во время первоначального травматического события. Некоторые из психотерапевтических стратегий, наиболее полезных для возобновления переработки, включают в себя внимание к различным аспектам ощущений в теле.

Все ощущения. Психотерапевт должен предложить клиенту отбросить на время образ травматического события и связанные с ним мысли, сосредоточившись прежде всего на своем теле и на сопутствующих физических ощущениях, в то время как характер движений глаз будет подвергаться систематическим изменениям.

Первичные ощущения. Если переработка не возобновляется, хотя клиент сообщает о многочисленных ощущениях в теле, то в следующей серии движений необходимо направить его внимание на наиболее выраженные ощущения без сосредоточения на образе или представлении.

Невысказанные слова. Некоторые виды ощущений в теле могут указывать на потребность клиента заплакать или произнести невысказанные слова, связанные с недавним травматическим событием или со случаем насилия в детском возрасте. Когда у клиента возникает чувство страха (с физическими ощущениями, соответствующими этим состояниям), психотерапевту необходимо предложить ему выразить все, что он хотел бы сказать — вслух или про себя. Это особенно полезно в тех случаях, когда клиент сообщает о напряжении в челюстях или

горле, взывает о помощи, испытывает гнев или страх возможного наказания. Когда пациенту напоминают о том, чтобы он вербализовал невысказанные слова и сосредоточился на них во время следующей серии движений, переработка может возобновляться с прежней скоростью.

Психотерапевту необходимо обеспечить поддержку клиента вне зависимости от произносимых им слов. При вспышках ярости клиент может визуализировать или описывать проявления всевозможных зверств со своей стороны по отношению к преступнику. Психотерапевт должен заверить клиента, что его чувства совершенно естественны и что гораздо лучше выплеснуть их наружу, чем копить в себе. Это особенно важно в случае бессильного детского гнева, который наконец получает возможность проявиться. Психотерапевт должен объяснить, что визуализации клиента никто не будет оценивать и они не смогут причинить кому-либо вред. Поэтому вне зависимости от того, что именно клиент говорил воображаемому преступнику (например, “Я разрублю тебя на куски!”), психотерапевт должен поощрять любые визуализации клиента. По мере продолжения серий движений глаз гнев и страх, не позволявшие выразиться невысказанным словам, постепенно будут разрешены. Очевидно, что еще до завершения сеанса психотерапевту необходимо обсудить с клиентом его чувства и возможные действия. Очень важно объяснить клиенту, что если переработка травматического материала завершилась не полностью, не стоит пытаться вступать в конфронтацию с образом преступника.

Есть много возможностей выразить невысказанные слова — вслух или про себя — во время серий движений глаз и между ними. Если клиент выражает невысказанные слова между сериями движений, ему необходимо повторять про себя эти слова во время следующей серии движений до тех пор, пока он не будет произносить их уверенно и без страха. Психотерапевт должен внимательно выслушивать эти высказывания, оценивая их тембр и громкость с точки зрения приближения к положительному разрешению. Однако у клиента могут быть внутренние препятствия, мешающие произносить эти слова громко. В таком случае необходимо предложить произносить эти слова про себя во время серий движений глаз и использовать сигнал рукой, выражающий желание остановиться, когда процесс будет завершен. Психотерапевт должен продолжать серии движений глаз до тех пор, пока клиент не подаст такой сигнал. Затем клиента необходимо спросить о его самочувствии и по характеру ответной реакции определить, есть ли необходимость продолжать вербализацию и дальнейшие серии движений глаз. Психотерапевт должен помогать клиенту произносить свои высказывания все громче и громче — сначала лишь шевеля губами, потом шепотом и лишь после этого вслух, все сильнее с каждой серией движений.

Такое вмешательство может значительно усилить психотерапевтический эффект. Жертвы насилия часто декларируют свою независимость от родителей или насильника. Однако важно, чтобы высказывания клиента постепенно изменялись от страха и чувства безнадежности, которые он испытывал в детстве, к его взрослой точке зрения, с перенесением ответственности за случившееся с себя на насильника и с пониманием своей полной безопасности в настоящее время. Серии движений глаз, сопровождающиеся произнесением высказываний, должны продолжаться до тех пор, пока клиент не перестанет испытывать чувство самоосуждения.

Использование движений. Как уже отмечалось, физические ощущения могут быть проявлениями аффекта или же ощущений, испытанных во время первоначального травматического события. Во время переживаний, связанных с чувствами страха или гнева, клиент может сопротивляться определенным видам телесных реакций — например, желанию избить кого-либо. Поэтому, когда такой человек испытывает напряжение в какой-либо чести тела, указывающее на нечто подавленное во время первоначального травматического события, необходимо поощрять его к свободному проявлению всех ассоциирующихся с этим напряжением движений — например, попытки избить воображаемого противника.

Одна клиентка, процесс переработки у которой был заблокирован, говорила о возникновении сильного гнева на отца за то, что тот однажды унизил ее. Когда она рассказывала об этом, у нее возникло очень сильное напряжение в руках — руки были сжаты в кулаки и было понятно, что ей хочется кого-то ударить. Движения глаз продолжались до тех пор, пока женщина не ударила кулаком в пространство перед собой, после чего переработка снова возобновилась.

Такие проявления физических чувств подобны невысказанным словам. И в том и в другом случае необходимо дать возможность травматической информации пройти адекватную переработку, включая стимулирование подавленных эмоций, невысказанных слов и физических действия. Когда подавленные эмоции получают возможность выйти на поверхность во время движений глаз, скорость переработки увеличивается. Однако клиенты должны чувствовать себя в достаточной безопасности, договорившись предварительно с психотерапевтом о необходимости свободно проявлять все свои чувства, поскольку любые попытки подавить травматический материал могут привести лишь к повторной травматизации. Единственное ограничение состоит в том, что ни клиенту ни психотерапевту не должен быть причинен вред.

Надавливание определенных мест на теле. Когда переработка тормозится и ощущения в теле никак не изменяются и не сопровождаются сопутствующими мыслями или образами, может быть полезным, если клиент надавит пальцем на место, где локализируется ощущение в теле. Увеличение давления часто приводит к появлению образа или мыслей, ассоциативно связанных с травматическими воспоминаниями, которые затем должны быть избраны в качестве предмета воздействия (Martinez, 1991). Психотерапевт может достичь таких же результатов, предлагая клиентам просто закрыть глаза и сосредоточить внимание на месте, в котором локализируются ощущения в теле. Все возникающие при этом образы и мысли в дальнейшем будут избраны предметом воздействия. Если ничего не проявляется, то необходимо вернуться к первоначальному предмету воздействия для продолжения переработки.

Сканирование

В тех случаях, когда переработка приостанавливается, психотерапевт должен предложить клиенту в следующей серии движений изменить точку фокусировки. Успешная переработка часто включает в себя различные элементы, спонтанно возникающие в сознании. Когда заблокированный материал нуждается в искусственной стимуляции, клиенту предлагают намеренно сделать что-либо из того, что у других пациентов возникало спонтанно во время успешной перера-

ботки. Можно предположить, что в этом случае появляется определенная нейрофизиологическая связь, позволяющая возобновиться процессу переработки информации.

Визуальные сигналы. Психотерапевту необходимо предложить клиенту произвести сканирование, чтобы определить, есть ли в настоящее время что-либо, выводящее его из душевного равновесия в большей степени, чем первоначальное травматическое событие. Например, когда жертве изнасилования предлагают сконцентрироваться на наиболее травмирующей части воспоминания, она может сосредоточиться на самом насильственном половом акте. Но при дальнейшей переработке могут спонтанно возникнуть другие аспекты травматического события. Однако если после избрания в качестве цели воздействия первоначальной сцены переработка быстро прекращается и только лишь некоторые из беспокоящих эмоций достигают разрешения в результате последовательных серий движений глаз, психотерапевту необходимо предложить жертве изнасилования произвести обзор всего происшествия, чтобы определить, нет ли каких-то дополнительных аспектов травматического события, вызывающих сейчас особенно сильное беспокойство. При этом клиентка может вспомнить, например, о попытках принудительных оральных сексуальных контактов. После идентификации эта сцена будет избрана в качестве предмета воздействия при последующих сериях движений глаз. Довольно часто такие дополнительные сцены могут приводить к успешному завершению переработки и уменьшению эмоционального дистресса. Поэтому иногда следует предложить клиенту изменить визуальную фокусировку, перемещая ее несколько раз на другие части воспоминания, пока десенсибилизация не будет успешно завершена. Перед началом стадии инсталляции преобладающие проявления травматического воспоминания должны быть вызваны и проверены, что достигается путем обращения клиента к первоначальному предмету воздействия.

Звуковые эффекты. Если переработка приостанавливается, необходимо предложить клиенту найти звуковой стимул, вызывающий особенно сильное беспокойство. Возьмем, например, случай ветерана войны во Вьетнаме — он вспомнил, как его товарищи стреляли в спину пленнику, пытавшемуся спастись бегством. При переработке уровень беспокойства упал до 5 баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства и зафиксировался на этом уровне. Когда клиенту предложили произвести сканирование своих воспоминаний, чтобы найти звуковой эффект, символизирующий наибольшее беспокойство, он сказал, что приступ сильнейшей тревожности у него вызывает звук выстрела из армейской винтовки М-16. Когда психотерапевт предложил во время следующего сеанса сосредоточиться на звуке выстрела, то его уровень беспокойства по Шкале СЕБ понизился еще больше. Успешное вмешательство привело к достижению конца ассоциативного канала, и клиенту было предложено, так же как и во время обычной процедуры ДПДГ, возвратиться в первоначальному предмету воздействия для продолжения процесса переработки.

Диалог. Если один возникающий спонтанно аспект воспоминания, поисками которого следует заняться, — это диалог, происходивший во время первоначального травматического события. Когда клиентам, избравшим в качестве цели воздействия воспоминание об акте физического насилия, предлагали сканировать воспоминания для нахождения каких-то моментов, о которых они считали

бы необходимым сообщить, они часто рассказывали о значимости словесных оскорблений. Сосредоточиваясь на словах насильника и на своей собственной физической реакции, клиенты могли таким образом активировать заблокированный процесс переработки.

Изменения

Когда психотерапевтические стратегии, в которых клиент сосредоточивается непосредственно на травматическом воспоминании, оказываются безуспешными, психотерапевт может предложить ему изменить либо фокусировку внимания, либо сам предмет воздействия. Например, если клиент во время серий движений глаз представляет себе травматическое событие или определенные его аспекты в иной форме (см. подробнее в следующих разделах), это может дополнительно стимулировать ход переработки. Психотерапевты не сообщают клиентам о такого рода проблемах, тем более когда избранное в качестве предмета воздействия воспоминание восстановлено после завершения курса лечения. У клиентов сохраняется память о том, что происходило с ними в действительности, вне зависимости от всех изменений, произошедших (намеренно или спонтанно) во время переработки. Но обычно психотерапевт предлагает вернуться к первоначальному предмету воздействия для завершающей переработки.

Появление образа. Попытки изменить сам образ также могут привести к тому, что заблокированная переработка возобновится. Некоторые клиенты при ДПДГ-психотерапии могут вполне успешно рестимулировать переработку, делая образ события более ярким, уменьшая его, отдаляя, либо превращая в черно-белый. В этом случае клиенту необходимо предлагать сделать что-либо из того, что спонтанно происходило у других индивидов во время сеансов ДПДГ и давало хороший результат. Однако необходимо помнить, что для совершения такого изменения клиент должен обладать хорошей способностью контролировать процесс визуализации и что для достижения эффекта полной переработки в качестве предмета воздействия должны быть снова избраны первоначальные формы проявления воспоминания без наложившихся на них искажений. Часто во время последовательных серий движений глаз искажения образа исчезают, и он возвращается к своей первоначальной форме. Вне зависимости от того, восстанавливается ли первоначальный образ спонтанно или преднамеренно, обычно он вызывает гораздо меньшее беспокойство после того, как видоизмененный образ был успешно десенсибилизирован.

Сосредоточение не на действиях преступника, а на его образе. Другой подход при изменении визуального образа может состоять в том, что клиенту предлагают визуализировать сам образ насильника (либо иного человека, вызывающего беспокойство), а не его действия. Обычно это снижает степень тревожности и позволяет достичь завершения переработки.

Даже если переработка успешно завершена, сосредоточение на образе самого насильника, а не на его действиях, приводит к более полной генерализации, особенно при лечении детей (см. главу 11). Возможно, это происходит вследствие того, что в нервной системе ребенка запечатлено не так уж много воспоминаний, и когда ему предлагают вспомнить образ насильника в одежде, которая

была на нем в момент события, не сосредоточиваясь ни на каких специфических действиях, то это приводит к возникновению быстрого эффекта генерализации. В особенности это относится к тем случаям, когда наиболее яркие воспоминания уже переработаны. Например, у пятилетней девочки — жертвы насилия — было вскрыто лишь три травматических события и все они прошли успешную переработку. Однако на самом деле у нее было гораздо больше воспоминаний, так как со времени травматического события уже прошло много месяцев. Преступник, совершивший насилие над девочкой, был одет в красную мантию, и на его лице была маска. Ребенку предложили просто представить его в этом наряде, затем было проведено семь серий движений глаз. После этого ее жалобы (девочка мочилась в постель, и ее мучили ночные кошмары) прекратились.

Иерархия. Другой тип изменения визуального образа состоит в создании и использовании так называемой психотерапевтической иерархии — эта процедура применяется при систематической десенсибилизации (Wolpe, 1991). Чтобы снизить степень беспокойства, связанного с избранным в качестве цели воздействия событием, клиенту предлагается совершить воображаемое изменение картины события, связанной со временем или расстоянием (например, “Представьте, что паук сидит не у вас на руке, а в стороне”).

Жертва насилия может представить себе стеклянную стену, отделяющую ее от преступника; образ преступника можно представлять себе находящимся на безопасном расстоянии и затем постепенно сокращать дистанцию до той, которая действительно была в момент травматического события. Хотя вначале с помощью всех этих манипуляций переработка может происходить вполне успешно, в конце концов необходимо вернуться к первоначальному предмету воздействия, чтобы полностью переработать его без каких-либо изменений.

Переориентация клиента на другой образ. Когда в процессе переработки в отдельном ассоциативном канале возникают различные события, какое-то одно специфическое событие может порождать особенно высокий уровень беспокойства. Во время последовательных серий движений глаз клиент может начать сосредоточиваться на мыслях или чувствах, относящихся к этому событию. Переработка продолжается до тех пор, пока степень беспокойства в мыслях или чувствах достигнет умеренного уровня и перестанет изменяться. Затем необходимо переориентировать внимание клиента на образ иного значимого беспокоящего события, последнего по порядку проявления в процессе переработки. Это интенсифицирует переживания, и переработка может быть завершена.

Переориентация на отрицательное самопредставление. Вначале травматическое событие может восприниматься как чрезвычайно беспокоящее, но затем по мере возникновения других мыслей, постепенно отклоняющихся от первоначального события, степень беспокойства станет понижаться. Если возникает впечатление, что переработка приостанавливается, полезно обратиться к первоначальному отрицательному представлению, соединив его с последним беспокоящим событием. Это будет дополнительно стимулировать дисфункциональный материал и позволит завершить переработку.

Добавление положительного утверждения. Когда переработка приостанавливается на низком уровне беспокойства, психотерапевт может предложить клиенту добавить во время серии движений глаз выражение типа “Достаточно!” Такой способ увеличивает чувство безопасности клиента и позволяет завершить переработку. Кроме того, психотерапевт может предложить ввести положительное самопредставление во время выполнения движений глаз. Это способствует спонтанному пониманию сущности существующих рентных установок либо может вызвать опасения в отношении приемлемости того положительного самопредставления, к которому обращается клиент. Однако в иных случаях уровень субъективных единиц беспокойства будет автоматически падать без привнесения дополнительного когнитивного материала. Положительное самопредставление должно быть использовано только с тем материалом, переработка которого застопорилась на низком уровне беспокойства. Попытки преждевременно привнести положительное самопредставление при высоком уровне беспокойства вызывают обратный эффект, оставляя клиента в плохом состоянии и с убеждением, что положительное представление ложно и, вероятнее всего, никогда не станет истинным. Психотерапевтические наблюдения показывают, что в обычных обстоятельствах ДПДГ не будет приводить к возникновению ложного утверждения, принимаемого за истинное; в таком случае сама переработка приостанавливается и чувство, преобладающее на данном информационном плато, будет создавать соответствующие убеждения.

Проверка положительного самоотношения. Сообщения психотерапевтов, работающих с ДПДГ, показывают, что эта техника не приводит к ассимиляции материала ложного, нереалистического или не являющегося для данного клиента экологически валидным. Если у клиента не происходят процессы, характерные для стадии инсталляции, необходимо произвести переоценку уместности положительного самопредставления. Такая переоценка необходима и в том случае, если у клиента возникает чрезмерное возбуждение во время серий движений глаз, сосредоточенных на положительном самопредставлении. Другая причина возрастания возбуждения на этой стадии переработки может состоять в стимуляции заблокированных убеждений. Этот фактор подробно разбирается ниже, в разделе “Вспомогательные цели”.

Возвращение к предмету воздействия

Если возникает впечатление, что в данном ассоциативном канале памяти процесс возникновения новых ассоциаций приостанавливается, психотерапевту необходимо вновь направить клиента к первоначальному предмету воздействия для выполнения дополнительных серий движений глаз. Завершающая стадия сеанса включает в себя возвращение в первоначальному предмету воздействия с выполнением движений глаз. Это делается для того, чтобы (1) удостовериться, нет ли дополнительных ассоциативных каналов дисфункциональной информации, (2) приступить к стадии инсталляции и (3) завершить сеанс сканированием тела.

Поскольку все предложенные формы воздействия носят исследовательский характер, психотерапевт должен помнить, что эти воздействия лишь предоставляют возможность достичь разрешения, но не дают гарантии, что оно произойдет. Так как процесс переработки у каждого клиента носит индивидуальный и

неповторимый характер, необходима достаточная широта психотерапевтического подхода. Поэтому нет никаких гарантий, что то или иное предложение окажется приемлемым для конкретного клиента. Кроме того, если ДПДГ применяется правильно, эта техника не предлагает клиенту принимать что-либо неприемлемое или противоречащее убеждениям, экологически валидным для него. Если же попытаться сделать нечто подобное, тревожность клиента возрастет или он прямо отвергнет то, что ему предлагает психотерапевт. Принципиально важно, чтобы не возникал конфликт между требованиями психотерапевта и собственным представлением клиента о том, что является истинным.

Вспомогательные цели

Психотерапевтические стратегии, обсуждаемые в данном разделе, требуют от психотерапевта высочайшей интуиции и опыта в идентификации предмета воздействия. Как уже отмечалось, техника ДПДГ может взаимодействовать с умениями психотерапевта, но не может заменить их. Если клиент не способен завершить процесс переработки даже после изменения фокусировки, следует признать возможность того, что беспокойство вызывается иными факторами.

Психотерапевту необходимо идентифицировать проблемную область и работать с ней, предлагая клиенту свою поддержку и при необходимости перерабатывать остаточные блоки. Иногда возвращение к первоначальному предмету воздействия откладывается до следующего сеанса, хотя в иных случаях для такого обращения необходимо лишь несколько мгновений. Клиента необходимо заверить, что переопределение фокусировки во время сеанса ДПДГ является частью более обширной психотерапевтической стратегии, так же как бегун на длинную дистанцию вносит поправки в свои планы в зависимости от характера местности на маршруте. Может быть, психотерапевту понадобится выполнить с клиентом завершающее упражнение, чтобы получить возможность обсудить любые возникающие проблемы и при необходимости внести изменения в план действий.

Дополнительные воспоминания

Дополнительные воспоминания — это не вскрытые прежде ранние воспоминания, усиливающие дисфункциональность и блокирующие ее переработку. Давайте начнем наше обсуждение с краткого обзора изложенного ранее материала. На первоначальном сеансе, посвященном определению анамнеза случая, проводится выявление устойчивых и существующих длительное время дисфункциональных паттернов, а также первоначального травматического события, создавшего все эти паттерны. Предлагаемый протокол ДПДГ, учитывающий большинство заявляемых жалоб (он подробно обсуждается в следующей главе), включает в себя три стадии: определение цели и предмета воздействия, т.е. первоначального травматического материала; обращение к существующим в настоящее время раздражителям, вызывающим дисфункцию; и признание того положительного образца, который должен вызывать ускоренное научение здоровым формам нового поведения, приводящим к адекватным и уместным будущим действиям. Я остановилась на такой форме процедуры, так как при экспериментах в 1987 году с дисфункциям клиентов, связанными с настоящим вре-

менем, открыла, что большинство людей во время выполнения движений глаз спонтанно вспоминают свои более ранние переживания, а те, кто остается зафиксированным лишь на нынешней ситуации, часто проявляют явно большую тревожность, и процесс переработки у них может блокироваться.

Основываясь на идее, что переработка может быть разблокирована, если клиент станет делать намеренно нечто, уже происходившее спонтанно при других случаях успешной психотерапии, я предложила своим первым клиентам сканировать воспоминания, связанные с отрицательным самопредставлением. Когда такое воспоминание было идентифицировано и подвергнуто успешному лечению, я обнаружила, что нынешняя дисфункция стала менее беспокоящей и в гораздо большей мере поддающейся переработке, чем ранее. Так, поиск клиентами ранних воспоминаний, связанных с отрицательным самопредставлением, стал важной психотерапевтической стратегией, применяемой психотерапевтом для разблокирования процесса переработки.

Клиент может считать, что ранняя дисфункциональность не связана с его нынешним переживанием. В таких случаях, если негативная реакция на существующий раздражитель избирается в качестве предмета воздействия, беспокойство клиента действительно может возрастать и никакие способы, предлагавшиеся ранее в данной главе, не будут приводить к ее снижению. Приведем пример.

Клиентка хотела пройти сеанс ДПДГ, чтобы чувствовать себя спокойнее на работе, где она испытывала сильный дистресс всякий раз, когда шеф сердился на нее. После признания, что ее дистресс в сущности совершенно неуместен (клиентка не сталкивалась ни с какой реальной угрозой для себя), психотерапевт избрал в качестве предмета воздействия ситуацию на работе. Клиентка говорила о высоком уровне тревожности и досаждающих ей неопределенных ощущениях в ноге. Несмотря на избрание в качестве цели воздействия различных ощущений и использование психотерапевтических стратегий для работы с заблокированной переработкой, высокий уровень беспокойства оставался неизменным. Наконец психотерапевт предложил сосредоточиться на отрицательном самопредставлении “Я нахожусь в опасности”, сканируя в это время свои детские воспоминания для идентификации других случаев, когда проявления гнева означали наличие опасности. Спустя несколько мгновений клиентка сообщила о ярком воспоминании — отец в приступе гнева оттолкнул ее от дверцы холодильника. Когда это воспоминание было избрано предметом воздействия, переработка началась с самого серьезного момента (ощущения в ноге, поврежденной отцом, сначала усилились, а затем ослабели). Когда переработка этого воспоминания была завершена, клиентка обнаружила, что ее нынешняя ситуация с шефом на самом деле не настолько беспокоящая, и легче смогла пройти процесс переработки.

Многие психотерапевты выражают уверенность, что неуместные реакции клиентов на чувство гнева во взрослом возрасте возникли в детстве, однако происхождение дисфункциональности не столь понятно. Теоретическое предположение, используемое при ДПДГ-психотерапии, состоит в том, что любая нынешняя дисфункциональная реакция (за исключением патологий, имеющих органическую или биохимическую природу) обычно является результатом предыдущего опыта, хотя, конечно, необязательно связанного только с детством. Очевидно, что недавнее травматическое событие (например, стихийное бедствие или автомобильная катастрофа), проявляющее себя в жалобах клиентов,

сразу же должно использоваться в качестве предмета воздействия. Дополнительные воспоминания могут приводить к блокированию процесса переработки. Хотя психотерапевты, строго придерживающиеся поведенческой ориентации, могут продолжать применять ДПДГ исключительно к нынешним дисфункциям (с действительно прекрасными результатами во многих случаях), при заблокированности переработки важно производить сканирование для выявления дополнительных воспоминаний.

Отрицательные эффекты дополнительных воспоминаний могут наблюдаться и в тех случаях, когда, казалось бы, успешная переработка нынешней ситуации при последующем повторном избрании ее в качестве предмета воздействия снова начинает вызывать у клиента беспокойство. Поскольку сканирование памяти, направленное на поиск дополнительных воспоминаний, может вызывать сильное беспокойство при заблокированности переработки или при повторном обращении к воспоминанию, которое, казалось бы, уже успешно переработано, психотерапевту есть смысл применить стандартный протокол ДПДГ и обратиться прежде всего к наиболее ранним воспоминаниям. Однако проблема дополнительных воспоминаний возникает и на второй стадии, предлагаемой протоколом (обращение к нынешним раздражителям), когда ранние травматические события не совпадают с избиравшимися в качестве предмета воздействия на первой стадии и становятся неожиданным источником беспокойства.

Необходимо позволить клиенту занять ведущую роль в исследовании своих ранних воспоминаний. Так, один из клиентов хотел применить ДПДГ для устранения тревожности, связанной с предстоящим инспекционным визитом правительственного агента. Прежде всего психотерапевт определил, имеет ли тревожность клиента реальную почву, — мы уже отмечали, что ДПДГ не может устранить эмоции, адекватные реальной ситуации или подталкивающие клиента к совершению уместных в таком случае действий. Если тревожность связана с реальным заболеванием, то вполне оправданное беспокойство вряд ли можно будет устранить с помощью ДПДГ. Когда выяснилось, что в действительности клиент полностью готов к визиту инспектора, психотерапевт начал лечение с отрицательного самопредставления “Я неудачник”. В качестве предмета воздействия было избрано именно это самопредставление, так как тревожность клиента явно была связана с предчувствием, что инспектор найдет недочеты в его деятельности. Клиент сообщал о сохраняющемся у него чувстве беспокойства, оцениваемом в 8 балов по Шкале субъективных единиц беспокойства независимо от того, какое количество дополнительных вариантов ДПДГ было использовано. Затем психотерапевт предложил клиенту идентифицировать детское воспоминание, создавшее у него отрицательное самопредставление “Я буду неудачником”. Клиент отмечал, что ему не приходит в голову ничего, связанного с детством, но подобный случай был у него во время учебы в аспирантуре. Это событие вместе с отрицательным самопредставлением было избрано в качестве предмета воздействия и при выполнении движений глаз клиент заметил: “Да, это действительно было в то время...”. Переработка воспоминания привела клиента к признанию, что он вовсе не является неудачником (он вспомнил, что даже успешно прошел тестирование, когда ему возвратили вступительные документы) и на самом деле он вполне заслуживает успеха. Когда предстоящий визит инспектора был снова избран в качестве предмета воздействия, уровень беспокойства у клиента значительно понизился и остаточный дистресс был легко переработан.

Как видно из этих примеров, психотерапевт должен проинструктировать клиента, чтобы он локализировал самые ранние из доступных ему воспоминаний, связанные с отрицательным самопредставлением. Сканирование детских воспоминаний часто вскрывает материал, нуждающийся в переработке. Однако для этого необходимы определенные профессиональные навыки, так как первоначальное отрицательное самопредставление, определенное клиентом, может не быть непосредственно связанным с ранним воспоминанием. Например, первоначальное отрицательное представление клиентки, работающей в офисе и испытывающей сильное волнение каждый раз, когда ее шеф начинает сердиться, может быть избрано для сосредоточения на ее нынешней ситуации и вербализовано как "Я не смогу преуспеть". Задача психотерапевта в этом случае состоит в том, чтобы сформировать связь между чувством страха клиентки и возможным травматическим опытом детства.

Иной способ обнаружить дополнительные воспоминания состоит в том, что клиенту предлагают сосредоточиться на преобладающих эмоциях и физическом ощущении, вербализовать их и затем сканировать ранние воспоминания. Например, в одном из случаев нынешние жалобы клиента, боящегося летать на самолете, были переработаны с помощью избрания предметом воздействия образа действительного полета на самолете. Затем эмоции клиента изменились и переработка приостановилась. Новые эмоции и связанные с ними ощущения были очень сильными. Клиент признал наличие отрицательного самопредставления "Я чувствую себя неадекватно". Затем ему было предложено закрыть глаза, сосредоточиться на физических ощущениях и на отрицательном самопредставлении, а потом сканировать воспоминания о детстве, чтобы найти моменты, когда он испытывал подобные же сильные чувства. Он вспомнил, что иногда его мать жаловалась на то, что он вообще появился на свет. После переработки этого воспоминания его страх перед полетами, ассоциировавшийся с многочисленными дополнительными событиями, был в значительной степени разрешен.

Когда работа с блоками приводит к не раскрытым ранее дополнительным воспоминаниям, психотерапевту необходимо рассмотреть различные возможности дальнейших действий. К счастью, переработка с помощью ДПДГ происходит настолько быстро, что ошибочность тех или иных действий тоже обнаруживается очень быстро. Помните, что дополнительные воспоминания являются чрезвычайно важным элементом успешной переработки событий, происходивших с клиентом во взрослом возрасте, в особенности если дополнительные воспоминания связаны с нынешней ситуацией.

Блокирующие убеждения

Когда переработка первоначального предмета воздействия оказывается безуспешной, психотерапевт должен рассмотреть возможность наличия у клиента отрицательных убеждений, блокирующих процесс переработки. Как уже отмечалось в предыдущих разделах, это можно сделать с помощью вопросов "Что мешает снижению уровня беспокойства до нуля по Шкале субъективных единиц беспокойства?" (если клиент находится на стадии десенсибилизации) или "Что мешает, чтобы уровень соответствия представления достиг семи баллов по Шкале соответствия представлений?" (если клиент находится на стадии инсталляции). Часто клиент идентифицирует иное отрицательное представление, которое может быть избранным в качестве предмета воздействия, а также спосо-

бен после сканирования определить соответствующее ранее воспоминание, ассоциирующееся с отрицательным самопредставлением. Однако, даже если это идентифицированное отрицательное представление (“блокирующее убеждение”) было избрано предметом воздействия, переработка первоначальной цели воздействия все равно может приостанавливаться.

Приведем пример с ветераном войны во Вьетнаме, проходившим лечение от симптомов посттравматического синдрома. Его беспокоили приступы паники, происходившие три-четыре раза в неделю, навязчивые воспоминания, возникавшие каждый раз, когда над ним пролетал самолет, а также высокий уровень общей тревожности и стремление избегать контактов с людьми. После оценивания ситуации клиенту было предложено положительное представление “Я могу испытывать комфорт, контролируя себя” — и психотерапевт чувствовал, что потребность клиента в контроле была столь высока потому, что приступы паники возникали у него при засыпании. Клиент принял положительное самопредставление. Затем было предложено отрицательное самопредставление “Я не контролирую себя”. Когда психотерапевт предложил избрать в качестве цели воздействия событие, отражающее это самопредставление, то клиент вспомнил, как сразу после возвращения с войны жена поместила его в психиатрическую больницу (это воспоминание он оценивал в 10 баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства и оказался способным в процессе переработки понизить уровень беспокойства до нуля). Однако, когда психотерапевт предложил оценить степень соответствия положительного самопредставления, клиент ответил “Я не заслуживаю того, чтобы чувствовать себя комфортно в состоянии контроля”. Такое утверждение можно было считать проявлением блокирующего убеждения, так как оно препятствовало завершению переработки и достижению разрешения. Поэтому психотерапевт предложил идентифицировать воспоминание, отражающее чувство недостойности. Ветеран рассказал о неудачной попытке установления сексуальных отношений с женщиной, к которой был привязан. Это воспоминание было переработано, и уровень беспокойства по Шкале СЕБ снизился с 8 баллов до 0. Однако перед тем, как оценивать соответствие представления, клиент спонтанно заметил: “Да, мне нужно было бы поговорить с той женщиной, но в отношении всего остального я, вероятно, буду все так же испытывать неудачи”. Это явно указывало на наличие отрицательного самопредставления, блокирующего достижение дальнейшего разрешения, и клиенту было предложено идентифицировать основное воспоминание, связанное с чувством своей неудачливости. Он рассказал о трагической истории, когда во время войны был ошибочно обвинен в том, что оставил свой пост и это привело к смерти других солдат. На самом же деле он в это время совершил героический поступок. Это воспоминание вместе с сопутствующим ему отрицательным самопредставлением “Я неудачник” было успешно переработано, что позволило положительному самопредставлению (“Я могу чувствовать себя комфортно, находясь в состоянии контроля”) достичь 7 баллов по Шкале соответствия представлений. Симптомы посттравматического синдрома у этого клиента постепенно снижались по мере того, как он стал предпринимать различные меры самопомощи. Через три месяца он устроился на работу и смог вступить в интимные отношения с женщиной.

Однако блокирующие убеждения не всегда могут быть вербализованы клиентами так отчетливо, как в данном случае. Когда переработка приостанавливается, несмотря на использование различных дополнительных подходов, клиенту

необходимо предложить закрыть глаза, думать о травматической ситуации и вербализовать любые возникающие при этом мысли. Психотерапевт должен тщательно оценивать поток сознания клиента для выяснения отрицательной самоатрибуции в ходе мыслей клиента. Использование положительных интерпретаций и отрицательных представлений часто раскрывают заблокированные убеждения, которые затем могут быть избраны в качестве предмета воздействия. Когда дополнительное воспоминание, представляющее блокирующее убеждение, будет успешно переработано, клиент сможет получить доступ к основному воспоминанию, бывшему первоначальным предметом воздействия, и таким образом завершить процесс переработки. Это происходит легко, если блок был в достаточной степени переработан.

Страхи

Переработка избранной в качестве цели воздействия информации может быть блокирована и вследствие страха клиента перед последствиями самой переработки. В первую очередь психотерапевт должен быть уверен, что клиент чувствует себя в безопасности и находится в контексте поддерживающих психотерапевтических отношений, а также что он не будет препятствовать эмоциональным и когнитивным процессам, пытаясь оказать на них воздействие.

Страх перед последствиями процесса связан в первую очередь с рентными установками, т.е. с кем или с чем клиенту придется столкнуться в том случае, если психотерапия будет успешно завершена. Как уже говорилось в главе 4, для достижения выраженного психотерапевтического эффекта все рентные установки должны быть выяснены заранее. Страх перед процессом может легче признаваться в том случае, если клиент отмечает те элементы ДПДГ или психотерапевтических взаимоотношений, которые являются для него проблематичными. Например, клиент может высказывать соображения о причине своего беспокойства или о том, что уровень его дистресса создает отчужденность от психотерапевта. Вне зависимости от причины заблокированность должна быть исследована, а клиент успокоен еще до того, как возобновится переработка с помощью ДПДГ. Если страх пациента был однажды обсужден, то после этого его остаточные проявления легко могут быть избраны в качестве предмета воздействия (если, конечно, клиент дает согласие).

Помимо слов самого клиента признаками страха, блокирующего процесс переработки, можно назвать следующие явления: 1) явно выраженная напряженность, присутствующая вне зависимости от степени переработки травматического материала, — возникает впечатление, что клиента выводит из равновесия сам вид движущихся пальцев психотерапевта; 2) постоянные остановки во время движений глаз; 3) трудности в выполнении самих движений глаз; 4) нежелание принимать участие в процедуре ДПДГ, даже если предыдущий опыт и клинические результаты были явно положительными.

При появлении таких тормозящих моментов психотерапевту необходимо исследовать их, задавая клиенту вопросы о возможных причинах возникновения этих проблем, препятствующих достижению положительного разрешения. Все перечисленные признаки могут вызываться различными факторами, поэтому психотерапевту необходимо тщательно их изучить. Естественно, при этом психотерапевт должен убеждать клиента, что никаких проблем нет и в процессе

переработки просто возникали новые обстоятельства, которые необходимо учесть для достижения успеха психотерапии. Полезно сказать клиенту, что в определенном смысле все его страхи вполне естественны, поскольку есть понятные причины для них; цель же психотерапии состоит в том, чтобы идентифицировать и переработать страхи, которые не являются обоснованными.

Психотерапевту необходимо быть очень внимательным как к вербальным, так и к невербальным признакам проявления страха у клиента. Помните, что все эти страхи необходимо обсудить и клиент должен успокоиться перед возобновлением переработки первоначального предмета воздействия. Во время процесса переработки клиент может отмечать различные страхи, некоторые типы которых будут обсуждены в следующих разделах.

Страх сойти с ума. Если чувства, возникающие во время сеанса ДПДГ, оказываются чрезвычайно интенсивными, клиент может испытать страх, что они переполнят его. Клиента необходимо успокоить и заверить, что его эмоции являются частью прошлого опыта, проходящего сейчас переработку, и что не было случая, когда клиенты сходили с ума во время ДПДГ-психотерапии. Полезно напомнить о метафорическом образе поезда, а также о возможности в любой момент подать психотерапевту сигнал “стоп” и способности возвратиться в “безопасное место”. Необходимо, чтобы они просто отмечали свои ощущения и эмоции, не пытаясь оценивать их или испытывать страх перед ними. Необходимо напомнить и о том, что отреагирование может быть пройдено быстрее в том случае, если они будут продолжать движения глаз, подобно тому как человек, ведущий машину, быстрее проедет через темный туннель, если будет нажимать на педаль газа. Когда клиент почувствует поддержку и получит разрешение продолжать процесс, психотерапевту необходимо избирать в качестве предмета воздействия любые остаточные страхи до тех пор, пока они полностью не исчезнут. Затем психотерапевт и клиент должны обратиться к первоначальному предмету воздействия.

Страх утратить приятные воспоминания. Быстрые изменения в образе, возникающие во время ДПДГ, иногда вызвают у клиента беспокойство. Одной из форм его ответной реакции могут быть слова: “Видимо, я делаю что-то неправильно; я не могу удержать образ”. Другой вид страха состоит в том, что клиент боится утратить все свои воспоминания о человеке или ситуации, связанной с предметом воздействия. Например, клиент, проходящий лечение по поводу чрезмерного горя после утраты любимого человека, может избирать в качестве предмета воздействия трагические обстоятельства утраты или же образ любимого человека, испытывающего страдания. Эти образы после избрания их в качестве цели воздействия могут становиться более тусклыми или неясными, и клиент будет испытывать страх, что если переработка продолжится, то он полностью утратит возможность вызвать из памяти образ любимого человека.

Клиента необходимо успокоить и заверить в том, что еще не было случая, когда в процессе ДПДГ пациенты утрачивали бы свои воспоминания о приятных переживаниях или о дорогих им людях. Клинические наблюдения показывают, что когда перерабатываются отрицательные образы, то и положительные образы становятся более доступными. Память о событии сохранится даже в том случае, если не будет никакого представляющего его образа, — память связана не только с образностью, а основана на разнообразных сенсорных и когнитивных

факторах. ДПДГ никогда не вызывает утрату памяти. Однако образ действительно может угаснуть, как угасают давние воспоминания. Это связано с тем, что ДПДГ-психотерапия позволяет травматическому воспоминанию занять свое место в прошлом.

Клиента можно успокоить, предложив ему вызвать воспоминание о положительном событии, связанном с любимым человеком, и отметить, что это воспоминание сохранилось без изменений. Когда клиент сам убедится в этом, переработка может возобновиться.

Страх перед изменениями. Страх перед изменениями может представлять наибольшую трудность для работы, и поэтому рентные установки клиента должны быть определены еще до того, как переработка будет направлена на первоначальный предмет воздействия. Трудность здесь состоит в том, что рентные установки могут включать в себя разнообразные возможные аспекты успеха психотерапии, в том числе страх перед:

успехом;
провалом;
неизвестностью результата;
утратой контроля;
утратой идентичности;
неизвестностью в случае успеха психотерапии;
прекращением психотерапии или общения с психотерапевтом;
изменой родительскому наказу;
нелояльностью по отношению к родителям из-за несходства с ними.

Основная психотерапевтическая трудность, связанная с этими страхами, состоит в том, что они могут основываться на действительном и связанном с прошлым дисфункциональным материалом, нуждающимся в переработке с помощью ДПДГ, но все это приводит лишь к сопротивлению сотрудничеству с психотерапевтом с целью достижения цели лечения.

Психотерапевт должен попытаться идентифицировать дисфункциональные убеждения, скрытые за страхом клиента перед изменениями. Затем они вместе с клиентом должны исследовать материал, вызывающий сопротивление. Для этого клиенту необходимо задать вопрос типа “Что произойдет в том случае, если вы достигнете успеха?” и применить для обсуждения когнитивное переструктурирование, метафоры и т.п. Затем необходимо разработать иерархию отрицательных убеждений, блокирующих способность клиента к изменениям. Например, первый из страхов, который можно было бы упомянуть, состоит в боязни утратить связь с психотерапевтом; вторым можно назвать страх неудачи и т.п. С этими страхами необходимо работать в первую очередь. Например, страх утратить связь с психотерапевтом может быть устранен оказанием постоянной психотерапевтической поддержки. После идентификации основных воспоминаний, формирующих другие отрицательные убеждения, психотерапевту необходимо получить разрешение клиента на переработку этих воспоминаний. Важность идентификации этих аспектов достижения эффекта психотерапии трудно преувеличить.

Часто наиболее подверженные страху изменений клиенты уже принимали участие в традиционной долгосрочной психотерапии. Один из таких клиентов, проходивший лечение психодинамическими методами на протяжении 25 лет, прервал свой первый сеанс ДПДГ, когда предметом воздействия было избрано

воспоминание о насилии со стороны родителей. Он сказал: “Я чувствую, что после сеанса воспоминание может покинуть меня, а мне не хотелось бы этого, так как я чувствую, что оно очень поучительно для меня”. Такие клиенты часто проявляют нежелание выполнять домашние задания, пытаются чрезмерно вербализовать свои переживания и жестко контролировать ход психотерапевтического процесса. Если не учитывать их страх перед изменениями, то и сам психотерапевтический эффект может оказаться весьма незначительным.

Не следует думать, что страх перед изменениями присущ лишь клиентам, долгое время уклоняющимся от сотрудничества с психотерапевтом, — такие страхи могут возникать у всех. Нет ничего необычного в том, что страх перед изменениями будет возникать в определенный момент после того, как большая часть травматических событий успешно переработана. После работы с наиболее беспокоящим материалом клиент в большей мере осознает действительные факторы, присутствующие в его нынешней жизни. Страх изменений может возникать, если пытаться изменить поведение клиента для достижения им новой степени осознавания или же если клиент осознает необходимость интегрировать новое восприятие самого себя в условиях явно дисфункциональной семьи, на работе или в социальной системе в целом. Клиент может идентифицировать страхи, возникающие при переработке новых предметов воздействия, описывая их потом в своем дневнике. Однако может быть и такое, что ни один из клиентов не будет испытывать страха изменения отрицательного представления во время стадии инсталляции.

Если же во время сеанса ДПДГ возникает страх изменений, то можно не только обсудить этот страх, но и избрать его в качестве цели воздействия, задавая клиенту вопрос: “Где в теле вы чувствуете этот страх?” Иногда страх будет рассеиваться естественно, без необходимости избирать предметом воздействия первоначальный материал, ассоциирующийся с ним. Если клиент сам вспоминает, как возник его страх, это воспоминание должно быть переработано до того, как обращаться к первоначальному предмету воздействия. Если страх ослабевает без проявления первоначального материала, переработка может быть успешно завершена, но через неделю необходимо проверить, не происходит ли снова возрастание беспокойства. Если психотерапевтический эффект не сохраняется, то, возможно, страх изменений не был адекватно переработан. В этом случае следует проанализировать отрицательное самопредставление, связанное со страхом изменений, а нынешнюю ситуацию клиента необходимо тщательно исследовать для определения любых относящихся к этому страху моментов. Выявленную причину возникновения дисфункциональности необходимо избрать предметом воздействия. В любом случае психотерапевту необходимо принять во внимание возможность наличия страха изменений и всех рентных установок, представляющих собой часть патологии. Однако следует помнить, что некоторые страхи могут иметь под собой вполне реальную основу — например, страх страдающего посттравматическим синдромом ветерана вьетнамской войны утратить право получения пособия. Все эти страхи должны быть учтены при составлении плана лечения, поскольку сообщения психотерапевтов указывают на то, что ДПДГ не может устранить то, что имеет под собой реальную основу.

Источники беспокойства

Наличие источников беспокойства указывает на большое количество заблокированных эмоций, препятствующих переработке при стандартной ДПДГ-психотерапии. Такая ситуация может возникать у многих индивидов, обычно не стремящихся обращаться за психотерапевтической помощью. Эти клиенты могут обращаться к психотерапевту под влиянием значимых для них других лиц, но сами не имеют особого желания соприкасаться со своими скрытыми чувствами. В эту группу клиентов можно включить тех, кого вынуждает обратиться к психотерапевту супруга (или супруг) с целью "сохранения семьи". Примером может быть муж, описавший в первичной беседе свою тяжелую ситуацию, — его бывшая жена создавала для него постоянные проблемы, в том числе и финансовые, — оцененную им, однако, всего лишь в 3 балла по Шкале субъективных единиц беспокойства. Клиническая картина события указывала на то, что супруг не мог сознательно отождествиться ни с каким более высоким уровнем беспокойства из-за давнего детского переживания, из которого он сделал вывод, что не может проявлять свои чувства, так как к ним все равно будут относиться с пренебрежением, и что в некотором смысле проявлять свои чувства — это вообще не мужское дело. Чтобы сознательно испытать беспокойство на уровне 7 или 8 баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства (уместное для этой ситуации и соответствующее раздражительности, переживаемой им дома), этому клиенту было необходимо какое-то радикальное воздействие, сравнимое разве что с бомбовой атакой во время боя.

Если с клиентами установлен соответствующий контакт и получено их согласие на переработку, первой целью воздействия должны быть избраны ранние воспоминания, ассоциирующиеся с отрицательными убеждениями, блокирующими способность испытывать достаточно интенсивные эмоции. Когда они успешно переработаны, клиенту легче ассимилировать свои переживания. Если клиент не дает согласия на психотерапевтическое вмешательство и настаивает на необходимости работать лишь с нынешними обстоятельствами его жизни, психотерапевту необходимо применить ДПДГ для достижения максимально возможного поведенческого изменения и уменьшения общей напряженности клиента; однако при этом общий уровень беспокойства может оставаться без изменений на протяжении всего сеанса.

Наше теоретическое предположение состоит в том, что отрицательные убеждения вызывают подавление высокого уровня беспокойства и что эти дисфункциональные эмоции проявляют себя как постоянный источник беспокойства, продолжающий подпитывать существующую патологию. Когда нынешняя ситуация клиента избирается в качестве предмета воздействия, эмоции могут проявляться на поверхности с тем максимально возможным беспокойством, который допускается на уровне сознания (такие клиенты обычно оценивают свое беспокойство в 2 или 3 балла по Шкале субъективных единиц беспокойства), и в этом случае переработка будет происходить лишь в незначительных пределах.

Наличие источника беспокойства можно считать весьма вероятным в том случае, если у клиента есть изменения в инсайтах, образах и телесных ощущениях, но он продолжает говорить о том, что его беспокойство не может проявиться с достаточной интенсивностью. Для некоторых клиентов очевидно полное отсутствие эффектов переработки — в этом случае необходимо применять другие формы лечения. С такими клиентами работать очень сложно. Даже если они дали полное согласие на психотерапевтическое воздействия и их ран-

ние воспоминания вскрыты, необходимо применять продвинутые варианты ДПДГ, обсуждаемые в главе 10.

Практика под наблюдением

Психотерапевтические стратегии, представленные в данной главе, лучше всего использовать при работе в малой группе клиентов с неповрежденным воспоминанием о травме и с уровнем беспокойства порядка 7—8 баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства. Прежде чем работать за пределами своего кабинета, психотерапевт должен пройти подготовку под руководством опытного в практике ДПДГ инструктора, проведя как минимум три практических сеанса с клиентами, проявляющими высокий уровень беспокойства.

Психотерапевтам необходимо очень тщательно ознакомиться с информацией и протоколами, приводимыми в следующих двух главах. Они должны уверенно применять стандартную процедуру ДПДГ и ее психотерапевтические подходы. Как правило, необходимо провести примерно 50 сеансов, прежде чем пытаться применять более продвинутый материал, описываемый в главе 10.

Итоги и выводы

Видоизменения психотерапевтических стратегий ДПДГ применяются в особенно сложных случаях для успешного завершения переработки. Эти случаи бурного отреагирования, а также те ситуации, в которых переработка приостанавливается.

При работе с ДПДГ отреагирование определяется как состояние, в котором стимулируемый материал переживается с высоким уровнем беспокойства. Отреагирование является вполне естественной частью переработки, и применяющие ДПДГ психотерапевты должны чувствовать себя вполне уверенно в ситуациях, когда клиенты проявляют интенсивные эмоции. Чтобы заверить пациентов, что во время психотерапевтического сеанса они находятся в полной безопасности, психотерапевтам необходимо следовать основному “золотому правилу” — поддерживать двойную фокусировку внимания, при которой клиент, сосредоточивая внимание на дисфункциональном материале из прошлого, в то же время чувствует себя в настоящее время в полной безопасности. Необходимо отмечать все невербальные сигналы клиентов, чтобы удостовериться, достигли ли они информационного плато, и, получить возможность правильно проводить серии движений глаз. Переработка должна продолжаться и во время периодов диссоциированности клиента, и длиться так долго, как будут позволять меры предосторожности. Однако при работе с отреагированием может понадобиться внести изменения в стандартные формы практики.

Хотя очевидные результаты лечения наблюдаются при минимальном клиническом воздействии примерно в 40% случаев, для остальных клиентов может потребоваться более активное участие психотерапевта. Когда после выполнения двух серий движений глаз психотерапевтические эффекты не наблюдаются, необходимо прежде всего попробовать изменить направление движений глаз, продолжительность и скорость движений. Если все эти попытки оказываются неэффективными, необходимо попытаться снять заблокированность процесса переработки путем изменения фокусировки внимания клиента. Это делается с

помощью переоценки и перенаправленности внимания клиента на подготовленный материал или на предмет воздействия.

Если клиенту не удается достичь прогресса, психотерапевт предлагает ему намеренно делать какие-либо вещи, проявлявшиеся у других клиентов спонтанно.

Когда изменение фокусировки внимания клиента и перенесение его на другие аспекты предмета воздействия либо на другие воспоминания не приводит к успешному завершению переработки, психотерапевту необходимо учесть иные факторы, вызывающие заблокированность, — дополнительные воспоминания, блокирующие убеждения или потребность в сохранении рентных установок. Важно помнить, что техника ДПДГ лишь дополняет профессиональные навыки психотерапевта, а не заменяет их. Но даже у недостаточно опытного психотерапевта есть много возможностей получить консультацию при определении сущности случая и использовании техники ДПДГ. Психотерапевтам необходимо использовать материал, изложенный в данной и последующих главах, как руководство в практической переработке предмета воздействия, обладающего уровнем беспокойства в 7—8 баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства. Однако для определенных клиентов необходимы продвинутые формы ДПДГ, описанные в главе 10.

8. СТАДИЯ ВОСЬМАЯ: ПЕРЕОЦЕНКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТНОГО ПРОТОКОЛА ДПДГ

> Мы ошибаемся не потому, что истину трудно увидеть — истина видна с первого взгляда. Мы ошибаемся, потому что так нам удобнее.
>
> *Александр Солженицын*

Завершающая стадия — стадия переоценки — принципиально важна при ДПДГ-психотерапии. Во время этой стадии, с которой начинаются все сеансы, кроме самого первого, психотерапевт оценивает, насколько хорошо разрешен предыдущий материал, и определяет, нуждается ли клиент в его дальнейшей переработке. Повторное обращение к предмету воздействия может происходить по многим причинам. Во-первых, быстрый эффект лечения при ДПДГ может немедленно сказываться как на психике клиента, так и на его внешних проявлениях. Поведенческие изменения, возникающие после освобождения клиента от страданий, для некоторых индивидов могут иметь совершенно неожиданные последствия, связанные как с их семейными обстоятельствами, так и с социальным окружением. В результате возникают дополнительные цели для переработки. Во-вторых, некоторые предметы и цели воздействия могут оставаться не полностью вскрытыми из-за чрезвычайно высокой степени травматичности первоначального события. Чтобы помочь клиенту переработать травму, психотерапевту необходимо следовать стандартному протоколу ДПДГ, избирая в качестве предмета воздействия как прошлые события, так и нынешние обстоятельства и готовя пациента к альтернативным способам взаимодействия с любыми будущими событиями.

При ДПДГ-психотерапии каждый сеанс должен быть частью общего плана лечения. Стадия переоценки столь важна потому, что каждый человек является сложно организованной индивидуальностью, включенной в столь же сложную социальную систему. Любые глубокие последствия психотерапии могут влиять как на внутрипсихические факторы, так и на поведение. Поэтому необходимо уделять так много внимания теме межличностных взаимодействий.

Количество переоценок у разных клиентов бывает различным. Индивид с отдельной травмой нуждается, может быть, только в одном сеансе переработки, сопровождаемом стадией переоценки во время одного или двух последующих сеансов для определения результативности психотерапии. Но для людей, являющихся жертвами многочисленных либо застарелых травм, исчерпывающая переоценка будет включать в себя повторное обращение к предмету воздействия, обретение доступа к травматическому материалу и анализ результатов через многие месяцы после психотерапевтических сеансов. Каждая последующая переоценка проводится с использованием трех стадий стандартного протокола ДПДГ. Завершающая переоценка обычно может быть произведена лишь после достаточно длительного периода времени.

Стандартный протокол ДПДГ предполагает избрание в качестве цели и предмета воздействия областей дисфункциональности, связанных как с прошлым клиента, так и с его настоящим, переходя затем к будущим альтернативам. Например, жертва физического насилия в детстве в первую очередь нужда-

ется в переработке большого количества ранних воспоминаний. Люди и ситуации в жизни такого клиента, стимулирующие чувство запуганности и страха, должны быть избраны предметом воздействия и переработки, так же как способы его социального взаимодействия. ДПДГ-психотерапия может занимать много месяцев, так как для проведения последующей переоценки необходима социальная интеграция пациента.

Как уже отмечалось, даже при работе с отдельным травматическим событием соответствующая ДПДГ-психотерапия включает адекватный анализ истории болезни и дальнейшие сеансы по переработке. В любом случае лечение клиента не может проводиться на протяжении только одного сеанса, так как проходящий переработку материал обычно порождает новые внутренние и внешние проявления. Стадия переоценки требует от психотерапевта пристального внимания к тому, насколько хорошо перерабатываемая информация интегрируется в психике клиента, а также насколько клиент способен быть включенным в здоровые социальные отношения. Исходя из результатов психотерапевт будет избирать последующие цели воздействия.

В данной главе рассматривается стандартный протокол ДПДГ и процесс переоценки, позволяющий эффективно проводить переработку с жертвами наиболее сильных травм. Стандартный протокол ДПДГ предлагает основную схему лечения, пригодную для большинства клиентов. В нем описывается очередность целей переработки и последующего оценивания и по этой причине протокол необходимо применять для завершения психотерапии. Лечение клиентов с более серьезными жалобам будет происходить с использованием ряда дополнительных протоколов, рассматриваемых в следующей главе.

Стадия восьмая: переоценка

Сам термин *“переоценка”* отражает необходимость в тщательном внимании психотерапевта к ходу процесса у клиента и принятии необходимых мер при каждом сеансе ДПДГ, перерабатывающем травматический материал. Психотерапевт включает сеансы по переработке предмета воздействия в общий план лечения, и вне зависимости от того, насколько простым или сложным является каждый отдельный случай, необходимое внимание должно быть уделено четырем факторам, сущность которых может быть отражена в следующих вопросах:

1. Разрешен ли у данного индивида предмет воздействия?
2. Был ли активирован необходимый ассоциативный материал?
3. Были ли переработаны все необходимые предметы воздействия, чтобы клиента примирился с прошлым, обрел силы в настоящем и способность совершать необходимые действия в будущем?
4. Произошла ли здоровая и адекватная адаптация в социальной системе?

Ниже эти четыре фактора будут обсуждены в том порядке, как они отражены в стандартном протоколе ДПДГ. Прежде всего я сделаю обзор трех стадий протокола, а затем приведу подробное описание различных аспектов процесса психотерапии.

Стандартный протокол ДПДГ

Успешное применение ДПДГ требует тщательного прохождения всех трех этапов, предусмотренных стандартным протоколом. Эти три этапа предлагают психотерапевту адекватно оценить подходящие цели воздействия и возможные результаты в отношении прошлого, настоящего и будущего клиента.

Работа над прошлым

Первый этап стандартного протокола ДПДГ связан с вопросом: “Какие ранние события стали основой нынешней дисфункции?” На первой стадии ДПДГ психотерапевт анализирует историю клиента и определяет предпосылки патологии. Само лечение (стадии психотерапии со второй по седьмую) представляет собой переработку избранных предметом воздействия травматических воспоминаний, являющихся причиной нынешних симптомов клиента. У жертв отдельного травматического события причина симптомов очевидна, а у жертв многочисленных травм во время первого сеанса, посвященного анализу истории клиента и определению анамнеза случая, психотерапевту необходимо выявить десять наиболее беспокоящих воспоминаний. Они должны быть переработаны в первую очередь (после того, как будут учтены возможные рентные установки клиента). Наиболее беспокоящие воспоминания могут иметь как сходные, так и различные темы, включая в себя образы одного либо нескольких преступников. Вне зависимости от этого каждая из тем и каждый образ преступника должны быть идентифицированы, оценены с помощью Шкалы субъективных единиц беспокойства и переработаны на индивидуальных сеансах (либо, если есть такая возможность, — в группах, подобранных по родственным темам). Тот факт, что эти десять воспоминаний вызывают у клиента наибольшее беспокойство, является достаточной причиной для того, чтобы перерабатывать их в первую очередь. Воспоминания предстают как важные смысловые узлы, ассоциативно связанные с родственными им очагами дисфункциональности. Возможно, при переработке воспоминаний с высоким уровнем беспокойства возникает эффект генерализации, и поэтому работа с другими травматическими воспоминаниями связана с меньшими трудностями. Даже если оказывается, что именно это воспоминание было основной причиной дисфункции, другие травматические воспоминания также должны быть избраны предметом воздействия для устранения любых возможных дисфункций.

Беспокоящие воспоминания, обсуждение которых происходило во время первого сеанса, посвященного анализу истории клиента, могут быть разделены на кластеры — группы родственных событий. В каждом кластере избирается по одному наиболее представительному событию, которое идентифицируется и подвергается переработке. Это способствует быстрому проявлению эффекта генерализации и снижению уровня тревожности, связанной со всеми другими воспоминаниями. Распределение травматических событий по группам, исходя из родственности происшествий (описанное в главе 3), может помочь психотерапевту наиболее эффективно использовать время, позволяя, кроме того, определить паттерны возможной ответной реакции клиентов и отрицательные самопредставления, оказывающие нежелательное воздействие.

По мере развития процесса переработки у клиента могут всплывать воспоминания, которые должны избираться предметом воздействия. Основное правило состоит в том, что весь отрицательный материал, ассоциативно связанный с от-

дельным травматическим событием, избранным предметом воздействия, должен быть переработан, прежде чем переходить к другим. Предметы воздействия устанавливаются во время первой стадии ДПДГ-психотерапии, с которой начинается каждый сеанс.

Целью первого этапа стандартного протокола ДПДГ является переработка дисфункционального наследия прошлого, чтобы клиент мог освободиться от него для жизни в настоящем. Любые неуместные страхи или неадекватные формы поведения можно считать последствиями прошлого травматического опыта, нуждающимися в переработке. Затем психотерапевту необходимо оценить результаты переработки каждого предмета воздействия и повторить цикл для приобретения уверенности в том, что были переработаны все дисфункции и психотерапевтические эффекты устойчиво сохраняются.

Результаты работы с одной целью

Психотерапевту необходимо производить переоценку успешной переработки каждого воспоминания как в начале каждого следующего сеанса, так и позднее, в процессе психотерапии. После выполнения полной процедуры ДПДГ, включая инсталляцию и сканирование тела, можно считать, что избранное в качестве предмета воздействия травматическое воспоминание достигло адаптивного разрешения. Поэтому в следующих сеансах психотерапевту необходимо предложить клиенту снова обратиться к воспоминаниям для выяснения, в какой мере они его беспокоят. На основе полученных результатов психотерапевту предстоит продолжить переработку данной цели, перейти к иной цели, приступить к следующему этапу стандартного протокола или завершать ДПДГ-психотерапию.

После того как клиенту было предложено думать об избранном в качестве предмета воздействия травматическом событии, психотерапевту следует снова оценить качество проявляющихся воспоминаний и возникающий при этом уровень беспокойства (используя Шкалу субъективных единиц беспокойства). Поскольку клиенту предлагается восстановить все воспоминание в целом, успешная переработка обычно приводит к появлению картины, указывающей на достижение разрешения. Если эта картина остается отягощенной беспокоящими элементами или явно фиксируется на наиболее ужасных моментах травматического события, то необходима дальнейшая переработка. Кроме того, если оценивание по Шкале субъективных единиц беспокойства указывает на уровень тревожности, явно неадекватный реальным обстоятельствам, то травматическое воспоминание снова должно быть избрано предметом переработки. При этом могут возникнуть новые эмоции, к которым психотерапевт должен быть особенно внимательным.

Полезно проверить и степень соответствия по Шкале соответствия представлений для выявления неразрешенных сомнений клиента в отношении положительного самопредставления. Клиенту можно предложить думать о травматическом событии и выражать любые связанные с этим мысли, что поможет определить наличие дополнительных когнитивных искажений, к которым необходимо обращаться при переработке. Открывающиеся перед клиентом новые перспективы также могут создавать проблемы и требовать дополнительного внимания психотерапевта.

Повторное обращение к избранному предметом воздействия воспоминанию через некоторое время обычно дает хороший психотерапевтический эффект. Поэтому если при первом сеансе переработки остается время, необходимо сразу же после обсуждения предложить клиенту повторно избрать предметом воздействия травматическое воспоминание (см. главу 6). Обсуждение не только является принципиально важным моментом заботы о клиенте, но и помогает ему отвлечься от вызывающего беспокойство травматического материала. Повторное обращение к травматическому воспоминанию приводит к рестимуляции нейросети, необходимой, чтобы удостовериться, в какой форме теперь хранится в ней травматический материал. Поскольку при этом могут проявиться признаки необходимости дальнейшей переработки, психотерапевту следует прибегать к повторному обращению лишь в том случае, если он располагает достаточным временем для разрешения проявившегося нового материала.

Вне зависимости от результата воспоминание должно быть переоценено во время следующего сеанса для определения, появились ли в нем новые элементы, нуждающиеся в разрешении. Однако необходимо помнить, что для проверки полной интеграции перерабатываемой информации необходимо определенное время. Повторное обращение к травматическому воспоминанию принципиально важно и в том случае, если при первоначальной переработке этого воспоминания клиент принимал те или иные лекарства. Можно считать, что клинические наблюдения указывают на необходимость повторной переработки воспоминания и работы с информацией, хранящейся в форме, определяемой тем состоянием, в котором данная информация была приобретена. Это могут быть определенные аспекты воспоминаний клиента, возникающие лишь при состоянии тревожности. Если клиент вначале перерабатывал это воспоминание, принимая снижающие тревожность лекарства, то иногда необходимо позднее еще раз переработать его, когда клиент уже не находится под действием лекарства и может в полной мере переживать свою тревожность.

Другой полезной мерой для определения результативности психотерапии является Шкала воздейственности события (Horowitz, 1979; Horowitz, Wilmer, & Alvarez, 1979). Хотя эта шкала была разработана для исследовательских целей, она очень полезна в психотерапевтической практике. Жертве отдельного травматического события во время первого сеанса можно предложить заполнить опросник этой шкалы, что поможет лучше предсказать ответную реакцию клиента в отношении симптома избегания либо симптома навязчивости. Через неделю после сеанса по определению предмета воздействия клиенту необходимо снова заполнить опросник. Новая оценка будет указывать либо на достижение положительного разрешения, либо на необходимость обратиться к дополнительному травматическому материалу.

Приведем пример. Клиентку, изнасилованную своим дедушкой, беспокоили навязчивые мысли и ночные кошмары, связанные с травматическим событием. Использование Шкалы воздейственности события показало наличие симптомов навязчивости. Воспоминания клиентки, связанные с ее дедушкой, были избраны предметом воздействия во время двух сеансов ДПДГ, после чего клиентка сообщила о появлении у нее чувства умиротворенности и прощения по отношению к дедушке. Однако следующий сеанс показал, что балл по Шкале воздейственности события, относящийся к навязчивым мыслям, находился на среднем уровняе, хотя остальные баллы были более низкими или вообще упали до нуля. Когда клиентке задали дополнительные вопросы, выяснилось, что она думала о

своей бабушке, которая до сих пор не могла поверить в то, что произошло изнасилование. Воспоминания клиентки о бабушке и ее недоверии были избраны целью переработки, после чего было достигнуто положительное разрешение.

Повторение процедуры в случае многих целей

После того как первоначально идентифицированные цели и дополнительные ассоциативно связанные с ними воспоминания были переработаны, психотерапевт повторяет переработку травматического материала, чтобы быть уверенным в устойчивости эффектов лечения. Такую переоценку необходимо производить перед переходом к следующим двум этапам протокола.

До завершения курса психотерапии следует произвести переоценку ключевых воспоминаний. Помните, что переработка информации продолжается и между сеансами, приводя к открытию новых аспектов восприятия, к которым необходимо обращаться для дополнительной переработки. По мере продолжения курса психотерапии может проявиться новый беспокоящий материал, не связанный с предыдущими целями. В таком случае необходимо исследовать новые проявления первоначального предмета воздействия. Повторное избрание предметом переработки этого материала поможет определить, полностью ли завершена переработка. Эта мера предосторожности необходима при ДПДГ-психотерапии.

После разрешения явных жалоб, но до завершения полного курса психотерапии клиенту необходимо предложить вновь обратиться к предметам воздействия, чтобы еще раз пройти через переработку травматического материала и сделать вывод, нужно ли продолжать психотерапию. Это поможет предохранить клиента от не полностью вскрытого и вызывающего беспокойство остаточного травматического материала, который может неожиданно проявиться. Хотя клиент уже достиг всех клинических целей, идентифицированных во время первого сеанса, повторное обращение к предметам воздействия поможет удостовериться в устойчивости психотерапевтического эффекта.

Психотерапевту необходимо тщательно оценить предыдущую работу с клиентом и повторно обратиться к предмету воздействия, перерабатывая (при необходимости) виды воспоминаний, подробно обсуждаемые в нижеследующих параграфах.

Первичные события. Первичными являются события, имеющие наибольшее значение для клиента либо идентифицированные как принципиально важные области дисфункциональности. Обычно это не более двадцати воспоминаний, к которым психотерапевту необходимо повторно обращаться для достижения устойчивости психотерапевтического эффекта и для определения, достигнуто ли разрешение других важных аспектов травматического воспоминания.

Прошлые события. Психотерапевту необходимо предложить клиенту удерживать в поле внимания наиболее важное отрицательное самопредставление и выяснить, есть ли другие нуждающиеся в переработке воспоминания. При появлении любых новых воспоминаний они должны быть тщательно изучены для определения, есть ли в них принципиальные отличия от содержания воспоминаний, уже подвергавшихся переработке, так как эти отличия могут придавать отрицательному представлению совершенно новое значение. Например, кли-

ентка могла начать психотерапию с отрицательного самопредставления "Я отличаюсь от других", которое подвергалось переработке в связи с травматическими инцидентами, вызвавшими чувство социального дискомфорта. Однако у нее могут быть воспоминания, в которых она действует настолько активно, что это вызывает беспокойство и придает отрицательному представлению новое значение, например: "Я — совершенно ужасный человек". Вне зависимости от возникновения нового смысла отрицательного представления такие воспоминания должны соответствующим образом перерабатываться до тех пор, пока будет сохраняться беспокойство.

Продвижение вперед. Во время переработки идентифицированного воспоминания клиент может обнаружить иное воспоминание, мгновенно возникающее в сознании во время выполнения серий движений глаз либо в интервале между ними. Дополнительные серии движений могут привести к тому, что на поверхность будет всплывать или первоначально избранное предметом воздействия воспоминание или какое-то новое воспоминание. Психотерапевту в этом случае необходимо следовать тому, что будет возникать в сознании клиента и проводить соответствующую переработку, отмечая любые новые воспоминания, которые могут казаться особенно яркими и важными в общей клинической картине. Мимолетные воспоминания, связанные с отдельными аспектами события, могут оказаться принципиально важными. Поэтому психотерапевту необходимо применять тщательную профессиональную оценку при идентификации и возвращении к этим воспоминаниям в подходящий момент психотерапевтического сеанса.

Кластеры. Во время первого сеанса, посвященного определению анамнеза случая, психотерапевт может сгруппировать сходные травматические события, создавая таким образом кластеры — группы родственных событий. Затем необходимо предложить клиенту избрать из каждого кластера по одному наиболее характерному событию, используя его для переработки. Сообщения психотерапевтов подтверждают, что при этом обычно возникает эффект генерализации, вызывая переработку во всей группе связанных между собой травматических событий. Чтобы удостовериться в этом, необходимо предложить клиенту сканировать воспоминания об инцидентах в каждом отдельном кластере для идентификации любых других воспоминаний, оставшихся неразрешенными. Так, например, жертва сексуального насилия идентифицирует кластер событий, связанных с тем, что ее изнасиловал родной брат. Хотя клиентка могла неоднократно подвергаться домогательствам со стороны брата, кластер может включать в себя иные события, связанные с тем временем, когда она была изнасилована в подвале своего собственного дома, над которым в это время находились другие члены ее семьи. Когда клиентка обратится к этому кластеру травматических событий для проведения переоценки, она может обнаружить, что один из инцидентов остался неразрешенным вследствие пережитого дополнительного унижения — за изнасилованием наблюдали друзья брата. В этом примере травматическое событие включало в себя дополнительные факторы, нуждающиеся в отдельном избрании их предметом воздействия для достижения разрешения.

Участники. Образы значимых для клиента людей будут идентифицированы и по отдельности избраны предметами воздействия для определения, остаются ли беспокоящие воспоминания или события неразрешенными. Это особенно важно в случае жертв изнасилования в детстве, когда образы всех членов семьи должны быть избраны предметом воздействия и переработки с целью иденти-

фикации любых дополнительных элементов, вызывающих низкое самоуважение клиента, недостаток чувства самоэффективности и т.п. Хотя только один из членов семьи мог быть непосредственно связан с сексуальным насилием над клиентом, само состояние травматизации могло привести к повышению уязвимости к любым непроизвольным критическим высказываниям со стороны других людей. Когда в качестве предмета воздействия избирается образ того или иного члена семьи, а ответная реакция клиента отличается достаточно высоким уровнем беспокойства, необходимо избрать целью образ этого человека и определить наличие связанных с ним ключевых воспоминаний, сохранивших дисфункциональную форму.

Работа над прошлым — первый этап стандартного протокола ДПДГ. Когда переоценка прошлых событий, идентифицированных как наиболее беспокоящие, указывает на то, что они в достаточной степени разрешены, психотерапевту необходимо обратиться к стимулам, связанным с настоящим. Это вторая стадия стандартного протокола ДПДГ.

Работа с настоящим

Вторая стадия протокола ДПДГ сосредоточена на вопросе: "Какие из существующих в настоящее время стимулов вызывают беспокоящий дисфункциональный материал?" На этом этапе предметом воздействия избираются нынешние жизненные обстоятельства клиента, в том числе образы людей, вызывающих патологические или тревожные реакции и формы поведения. Человеческое поведение не является случайным, и паттерны реагирования, заложенные в прошлом, часто начинают проявляться в настоящем. Правильно проведенный анализ истории клиента и определение анамнеза случая определяют существующие в настоящее время дисфункции и выясняют основные типы неадекватного реагирования. Однако первый сеанс по определению анамнеза должен постоянно дополняться новой информацией, полученной на основе последующей оценки и клинических наблюдений, поскольку часто проблема может быть в полной мере понята только в ходе переработки первоначальной травмы на первом этапе стандартного протокола ДПДГ. Разрешение выраженных симптомов (таких как ночные кошмары, навязчивые мысли и тягостные воспоминания) часто позволяет психотерапевту провести более тщательную оценку текущих жизненных обстоятельств клиента.

Когда ранние травматические события переработаны, психотерапевту необходимо произвести переоценку ответной реакции клиента, проверяя правильность информации, полученной во время первого сеанса по определению анамнеза случая. Общий принцип техники ДПДГ состоит в том, что страх и тревожность могут быть значительно снижены в результате переработки травмы. При этом будет уменьшаться беспокоящее воздействие воспоминаний, ассоциативно связанных с основным травматическим событием, и их воздействие на сегодняшнюю ситуацию. Например, клиентка — жертва сексуальных домогательств, может обнаружить, что после переработки воспоминаний о самых ранних случаях насилия она перестала бояться оставаться одна ночью, а пострадавший в автомобильной катастрофе пациент избавился от страха перед вождением машины. Эти изменения происходят автоматически, без непосредственного избрания предметом воздействия текущей ситуации.

Важно проверять реакцию клиента, поскольку, хотя некоторые стимулы перерабатываются автоматически, другие нуждаются в специальном избрании предметом воздействия. Как уже обсуждалось в главе 3, благодаря эффекту вторичного обусловливания некоторые текущие ситуации становятся независимым источником беспокойства в результате того, что в прошлом они часто соединялись с отрицательными эмоциями. Любые нынешние обстоятельства или взаимодействия, вызывающие беспокойство клиента, должны быть избраны предметом воздействия и переработаны. В большинстве случаев это происходит сравнительно легко, поскольку ранний источник дисфункциональности уже подвергался лечению. Однако психотерапевту необходимо быть готовым к появлению других воспоминаний, которые могут стать неожиданным источником тревожности. Если беспокойство, вызываемое нынешней ситуацией клиента, не уменьшается, психотерапевту необходимо заняться поисками дополнительных воспоминаний. (Использование на этой стадии лечения записей в дневнике клиента подробнее будет обсуждаться далее.)

Важно постоянно проверять эффективность психотерапии, повторно избирая предметом воздействия любые нынешние ситуации и проводя их переработку. Психотерапевту необходимо предлагать клиенту производить переоценку любых нынешних стимулов, которые ранее идентифицировались как беспокоящие. Необходимо также сканировать семейную и социальную ситуацию клиента и обстановку у него на работе для обнаружения форм неуместной тревожности. При переработке избранных предметом воздействия раздражителей психотерапевту следует обращаться к необходимым в этом случае знаниям клиента, связанным с самоутверждением.

Использование личных записей для анализа изменений в социальной ситуации клиента

Важно, чтобы после каждого сеанса ДПДГ клиент делал записи в своем дневнике. Это необходимо для того, чтобы психотерапевт мог определить возможные дополнительные предметы воздействия. Предложение произвести переоценку того ли иного предмета воздействия дает возможность определить степень интегрированности материала. Записи клиента дают психотерапевту возможность увидеть, насколько новые паттерны реагирования клиента соответствуют его нынешнему окружению. Такая переоценка позволяет определить качество внутренних и поведенческих ответных реакций клиента в социальной системе.

Поскольку люди — не машины, мы не предполагаем, что успешно прошедший курс ДПДГ-психотерапии клиент совершенно не будет реагировать на травматические события либо на иные неблагоприятные обстоятельства, ведущие к дисфункциональности. Приведем пример. Ветеран войны во Вьетнаме, освободившийся после психотерапии от чувства вины за смерть военнопленного, сохранил определенную печаль, оцененную им в два балла по Шкале субъективных единиц беспокойства, поскольку, по его словам, “человек ведь все равно погиб”. Такие проявления отрицательных эмоций можно считать вполне уместной реакцией.

Помните, что ДПДГ не устраняет адекватного ситуации беспокойства клиента, служащего побудительным мотивом для соответствующих действий. На ра-

боте или в жизни пациент вполне может оказаться в ситуации, которую по общепринятым стандартам можно считать неприятной, несправедливой или неудачной. Когда записи в его дневнике свидетельствуют о высоком уровне беспокойства, психотерапевту необходимо оценить всю ситуацию и решить, насколько уместной в этом случае является реакция клиента. Даже если ситуация действительно невыносима, клиенту необходимо помочь определить, какие наиболее уместные действия он мог бы совершить без самообвинения и утраты собственного достоинства, испытывавшиеся им ранее в роли жертвы. Поэтому записи в дневнике весьма важны для оценки реакции клиента на социальные ситуации.

Необходимо выяснить адекватность ситуации клиента, включая любые конфликты с реальностью, чтобы определить, с какими формами ответной реакции клиента необходимо проводить работу, включающую в себя переработку, разъяснительные беседы с клиентом, различные формы семейной терапии или применение техник самоконтроля. Все это помогает принять неблагоприятные обстоятельства повседневной жизни, изменить которые мы не в силах. Важным аспектом душевного здоровья является способность не фокусироваться на невзгодах и просто принимать их как факт.

Записи в дневнике важны для того, чтобы выяснить, остаются ли дисфункциональными определенные аспекты травматического материала, а также при возникновении непредвиденных обстоятельств, к которым необходимо обращаться для их переработки. Такие жизненные обстоятельства могут быть наиболее полно проанализированы при использовании записей в дневнике, отмечающих все беспокоящие моменты. Тщательное ведение этих записей важно для полноценной ДПДГ-психотерапии, так как они могут проявлять паттерны реакции клиента, нуждающиеся в идентификации дополнительных дисфункциональных воспоминаний, что необходимо сделать перед тем, как приступить к работе с отрицательными жизненными обстоятельствами клиента.

Временами психотерапевт будет отмечать, что отражаемые в записях клиента беспокоящие переживания указывают на определенные отрицательные самопредставления. Однако эти отрицательные самопредставления могут оказаться оправданиями предыдущего жизненного опыта клиента. В таких случаях психотерапевт должен быть готов к необходимости изучить их и затем сообщить об этом клиенту. Следует учесть, что даже если дисфункциональные убеждения и были ранее уместными, социальная ситуация могла настолько измениться, что убеждения клиента сейчас уже просто устарели. Поскольку пациент оказывается заблокированным в пределах своего травматического жизненного опыта, основанного на влиянии прошлого, то эволюция его социального осознавания весьма невелика.

Прежде всего это относится к проявлениям взаимоотношений и половой идентификации. Например, женщине иногда необходимо понять, что сильная и твердая позиция в делах бизнеса вполне совместима с женственностью, в то время как мужчине следовало бы осознать, что способность переживать эмоции и заботиться о детях никак не умаляют его мужественности. Кроме того, необходимость работы с факторами социальной системы может быть вызвана потребностью клиента справляться с любыми проявлениями давления со стороны его прежних дисфункциональных межличностных отношений.

Часто психотерапевту приходится объяснять клиенту основы динамики систем, показывая, как обретенное им чувство самоэффективности и новые отно-

шения могут не восприниматься окружающими людьми. Скажем, клиент может обнаружить, что далеко не каждый человек является эмоционально устойчивым, ответственным, способным к состраданию, толерантным, честным и правдивым. Клиенту необходимо понять, что иногда он принимал решения, касающиеся работы или межличностных отношений, в которых присутствовало просто стремление уйти от любой неприятной ситуации, изменить которую нет возможности. Психотерапевту следует сделать необходимую переоценку, чтобы определить, нужно ли проводить специфическую работу с новыми формами поведения клиента.

Работа с будущим

После идентификации и переработки дисфункциональных событий прошлого, а также всех нынешних беспокоящих обстоятельств психотерапевту необходимо сосредоточиться на способности клиента принимать новые решения в будущем. Это делается путем идентификации и переработки дополнительных страхов, так же как и с помощью избрания предметом воздействия “положительного примера”, включающего в себя правильные формы будущего поведения. Третий этап стандартного протокола ДПДГ включает в себя адекватное информирование клиента, создание воображаемого положительного примера и его соединение с избранным предметом воздействия, что позволит клиенту в будущем реагировать на события иначе. Для обеспечения успеха в будущем клиенту следует помочь ассимилировать новую информацию. Поэтому третий этап стандартного протокола ДПДГ является столь важным аспектом процесса лечения.

Значимые люди

После того как клиент переработал воспоминания о значимых для него лицах, необходимо предложить ему представить себе встречу с одним из них в будущем, оценить реакцию клиента и определить, существует ли необходимость в дальнейшей переработке. Например, клиентке, перерабатывающей воспоминание о сексуальном насилии, совершенном над нею в детстве братом, можно предложить представить их будущую встречу в кругу семьи. Это особенно важно, если такая встреча действительно вероятна. Когда клиентка сообщает о возникновении чувства страха, необходимо оценить его обоснованность. Так, если брат предпринимает попытки словесного оскорбления или физического насилия, страх клиентки можно считать вполне обоснованным. Если же клиентка говорит, что брат ведет себя спокойно и раскаивается, то в этом случае страх клиентки можно считать результатом не получившего разрешения травматического материала, который необходимо избрать предметом воздействия и переработки. При неуместном страхе психотерапевту необходимо произвести переоценку всей группы событий, связанных с образом брата, для обнаружения каких-либо неразрешенных моментов. Если остались дисфункциональные воспоминания, к ним также необходимо обращаться для дополнительной переработки. Иные страхи клиентки, связанные с самоутверждением или какими-либо ограничениями, также могут нуждаться в исследовании и соответствующей переработке. Вне зависимости от правомерности страхов психотерапевту необходи-

мо обсудить с клиенткой правильные формы адаптивного поведения и помочь ей усвоить всю эту информацию, используя положительные примеры (подробнее мы обсудим это далее).

Значимые ситуации

Как уже отмечалось, для клиента важно представить себя в значимой будущей ситуации, определяя, сохраняются ли у него какие-либо беспокоящие проявления, оставшиеся необнаруженными. Любые дополнительные и неуместные страхи вызываются неразрешенными дисфункциональными воспоминаниями и для клиента полезно представить себе видеозапись того, как ситуация его нынешней жизни будет развиваться в будущем, через год или два. При этом необходимо оценить любые проявления беспокойства и определить необходимые в данном случае степень и формы психотерапевтического вмешательства, включая информирование клиента об эффективных стратегиях межличностного поведения, создание положительных примеров подобного поведения или переработку дисфункциональных воспоминаний. Как уже упоминалось, полезно предложить клиенту представить специфические ситуации или встречи со значимыми для него людьми, ранее вызывавшими чувство беспокойства. Все это может позволить психотерапевту точно определить возникшие затруднения.

Инкорпорирование положительных примеров

Эволюция здорового образа себя зависит от внутренней реакции на события и от подкрепляющих ее внешних проявлений. Поэтому психотерапевту необходимо быть внимательным к обоим этим факторам для определения, есть ли необходимость в переработке неуместных форм ответной реакции клиента либо в обращении к каким-то моментам в его социальном окружении.

Идея необходимости достижения успешной интеграции присуща всем аспектам ДПДГ-психотерапии. Во время каждого сеанса психотерапевту необходимо пытаться идентифицировать положительное представление, которое не только способствует изменению восприятия прошлых событий, но и “усиливает” индивида в нынешних и в возможных будущих ситуациях. Положительное самопредставление, будучи однажды инсталлированным и утвержденным, проявляет эффект генерализации в отношении всех ассоциативно связанных воспоминаний и положительно ориентирует когнитивные процессы в плане возможных последующих ассоциаций. Возникает впечатление, что убеждения клиента, связанные с его индивидуальным достоинством, эффективностью и отношениями с другими людьми, являются вербализациями чувства личной идентичности. Поэтому можно ожидать адекватной переработки избранного предметом воздействия травматического материала, интегрированного в общую положительную схему, и утверждения нового восприятия себя, охватывающего прошлое, настоящее и будущее.

В то время как стадия инсталляции являются частью каждого сеанса ДПДГ, стандартный протокол используется для специфической работы с (1) ранними воспоминаниями, ставшими основой нынешней дисфункциональности; (2) нынешними стимулами, вызывающими активацию дисфункционального материала; (3) положительными примерами, направляющими возможные будущие дей-

ствия клиента. Хотя ДПДГ-психотерапия, сосредоточенная на ответной реакции клиента на нынешние стимулы, включает в себя утверждение положительного представления для создания новой перспективы, само лечение оказывается незавершенным до тех пор, пока не произойдет принятие и утверждение паттерна альтернативной поведенческой реакции. Эти паттерны обычно отражают все то, что мы относим к положительным образцам.

Инкорпорирование и утверждение положительного примера для адекватных будущих действий является своего рода расширенной формой стадии инсталляции. Психотерапевт и клиент совместными усилиями исследуют, как именно клиенту хотелось бы воспринимать, чувствовать и действовать с точки зрения положительного самоотношения. Важно отметить проекции клиента на будущее, так как они могут включать в себя неуместные цели или страхи, вызванные отсутствием соответствующего опыта или сложившимися ранее неверными предубеждениями.

Например, даже после того как все травматические воспоминания жертвы сексуального насилия переработаны, нельзя с уверенностью утверждать, что клиентка готова к адекватным отношениям с мужчинами. Психотерапевту необходимо провести разъяснительную беседу о самоутверждении, о принятых в обществе обычаях, сексуальной безопасности и т.п., прежде чем этот этап протокола можно будет считать завершенным. Психотерапевту следует (с помощью психотерапевтических сеансов и групповой работы) восполнить недостаток жизненного опыта клиентки, что должно быть затем проинтегрировано в процессе ее собственного развития. В дальнейшем психотерапевту необходимо произвести повторную оценку успешности интеграции эффектов психотерапии, используя для этого записи в дневнике клиента.

Жертва сексуального насилия часто неспособна научиться новым формам уместного социального взаимодействия из-за сниженного чувства самоуважения, чувства страха и изолированности — результатов воспитания в детстве. Кроме того, многие из способностей клиента к социальной адаптации могли быть утрачены в процессе неадекватного родительского влияния и недостатка хороших примеров для подражания. Задача психотерапевта — помочь таким клиентам научиться правильному социальному взаимодействию с людьми и семейному общению, а также дать им возможность обрести то, что не было усвоено в детстве. Это важная стадия психотерапии, так как она помогает клиенту более активно включиться в социальные механизмы.

Инкорпорирование положительных примеров — аспект ДПДГ, включающий в себя работу по визуализации, чем-то напоминающую технику, используемую некоторыми олимпийскими чемпионами во время тренировок. Возникает впечатление, что воображаемое достижение положительного результата действительно способствует реальном успеху. При работе с жертвами сексуального насилия психотерапевт может предложить им представить адекватные и положительные отношения с представителем противоположного пола, отрабатывая в воображении свою роль. После того как клиентка — жертва сексуального насилия пройдет такую подготовку, ей необходимо предложить представить свои оптимальные поведенческие реакции вместе с усиливающимся положительным самопредставлением. Затем психотерапевт проводит последовательные серии движений глаз, помогая клиентке усвоить информацию и принять ее в качестве положительного примера для возможных будущих действий.

Первоначально жертва сексуального или иного насилия может ощущать беспокойство, когда к ней просто прикасаются руки любого другого человека. В таком случае ей следует помочь представить себе последовательность событий во время возможной встречи с мужчиной, проходя через все стадии постепенно развертывающихся сексуальных переживаний. Необходимо предложить клиентке представить такую ситуацию и помочь переработать возникающее при этом беспокойство. Затем ей нужно еще раз представить те же образы, отмечая появление нового, более положительного отношения. Все это подкрепляется проведением дополнительных серий движений глаз. Использование таких положительных примеров позволит клиентке достичь определенного чувства комфорта во время переживания подобных ситуаций в безопасной обстановке кабинета психотерапевта. После того как ситуация свидания, представленная в воображении от момента встречи до сексуальных отношений, была избрана целью переработки, необходимо поощрить клиентку к попыткам перенести все это в реальную жизнь. Если все сделано правильно, то весьма велика вероятность получения положительного опыта, так как усвоенные положительные примеры смогут активироваться реальными внешними событиями. Психотерапевту желательно получить положительную обратную связь о реальном опыте, чтобы определить, нуждается ли клиентка в его дальнейшей помощи.

Такая же последовательность действий должна быть применена к жертвам оскорблений и унижений на работе, желающим найти себе другое место. Прежде всего психотерапевт или консультант по вопросам трудоустройства должны проинформировать клиента о том, как лучше заниматься поисками работы. Затем необходимо инкорпорировать ряд положительных примеров, включая те шаги, которые следует предпринять для того, чтобы организовать встречи, необходимые для поиска работы. При этом клиенту необходимо продолжать вести записи в своем дневнике, чтобы идентифицировать любые трудности, с которыми он может столкнуться в реальной жизненной ситуации. Переработка образов возможных встреч для инкорпорирования положительных примеров будущих действий, как правило, вызывает определенное беспокойство при реальных ситуациях. Для клиента гораздо лучше вначале идентифицировать всю область возможного беспокойства в кабинете психотерапевта, чем сразу сталкиваться с такой ситуацией в действительности.

Помните, что положительное самоотношение усваивается клиентом (во время сеансов по переработке травматических воспоминаний) только после того, как дисфункциональный материал был действительно переработан. Подобным образом инкорпорирование тщательно представленного в воображении положительного примера не следует пытаться предпринимать до тех пор, пока ранние воспоминания, вызывавшие дисфункциональную реакцию, и существующие в настоящее время раздражители не будут успешно переработаны. Когда после этого станут доступными новые, более адаптивные и положительные самопредставления, клиент сможет представить себе и более адаптивные действия. Необходимо использовать ДПДГ для метаболизации и переработки дисфункционального материала, вызывающего неадекватное поведение, помогая таким образом клиенту понять новые формы ответной реакции, усиливающие его жизненную позицию, и создать в воображении новый, более уместный тип поведения. Затем, прежде чем предлагать клиенту переносить все это в реальную жизнь, должны быть произведены серии движений глаз для интеграции возможной ответной реакции.

Это третий и последний этап стандартного протокола ДПДГ, позволяющий психотерапевту наблюдать ответную реакцию клиента, помогая ему проработать возможные формы внутреннего сопротивления или очевидные проблемы еще до того, как клиент попытается действовать по-новому в реальном мире. Начало серий движений глаз в соединении с воображаемыми действиями и формами поведения включает процесс переработки общего представления о будущем, которое можно было бы выразить словами: "Что может произойти, если я перестану быть неудачником?" Психотерапевт должен быть очень внимательным к любым проявлениям страха или сопротивления со стороны клиента во время переработки положительного примера. Этот пример необходимо тщательно изучить для выявления возможных ложных ожиданий или когнитивных искажений. Если когнитивное объяснение уместно, то можно перерабатывать любое остаточное напряжение.

Клиентам особенно важно отмечать все отрицательные чувства, убеждения или вызывающие беспокойство ощущения, возникающие при представлении положительного примера. Все эти беспокоящие моменты должны быть переработаны. Если возникают отрицательные убеждения, то перед попыткой инкорпорирования положительного примера желательно предпринять следующие шаги: (1) выяснить его значение и уместность; (2) изолировать любые связанные с этим примером детские воспоминания, способные вызывать беспокоящие эмоции и ощущения; (3) применить прямое психотерапевтическое воздействие к достаточно характерному воспоминанию, включая утверждение положительного самоотношения. Однако во многих случаях простого обсуждения ситуации вместе с адекватным информированием клиента и определением подходящего положительного примера может быть достаточно для того, чтобы его отрицательные чувства рассеялись. В любом случае завершающим шагом должно быть принятие клиентом положительного примера и обретение чувства собственной эффективности и благополучия. Естественно, при этом важно произвести необходимое переоценивание эффектов лечения, используя для этого записи в дневнике клиента и наблюдение за его поведением.

Завершение психотерапии

Последующие действия

Завершающим аспектом переоценки является принятие решения о необходимости завершения курса психотерапии. Количество психотерапевтических сеансов необходимо постепенно сокращать, но пациент будет продолжать вести записи в дневнике — это важно для возможных последующих действий психотерапевта. Когда на основании анализа этих записей психотерапевт принимает решение, что проводить еженедельные сеансы уже нет необходимости, клиенту можно назначить следующую встречу через две недели, затем раз в месяц и наконец — раз в три месяца. Важно, чтобы на протяжении всего этого времени клиент продолжал вести свои записи — они понадобятся для идентификации ранее не выявленных паттернов, требующих работы. Все это помогает клиенту лучше осознавать самого себя, что будет побуждать его использовать снижающие стресс аудиозаписи и другие техники психологической поддержки.

Потребность в последующих действиях особенно важна для клиентов, переживших травматическое событие в детстве, так как отрицательные убеждения,

возникшие в результате пережитого насилия, скорее всего приведут к таким обстоятельствам во взрослой жизни, которые будут подкреплять чувство бессилия и отсутствия собственного достоинства. Вероятнее всего, такой клиент будет посредственно выполнять работу, постоянно предчувствуя неудачу и неодобрение со стороны других людей.

Если клиент пройдет успешное лечение с помощью ДПДГ-психотерапии, ранние детские воспоминания о насилии будут переработаны и метаболизированы, позволив утвердиться представлению “У меня все в порядке. Это у папы и мамы были проблемы, а я преуспею и достигну цели”. Затем могут быть переработаны сегодняшние раздражители, чтобы отрицательная реакция на работе и в социальном окружении могла быть замещена на более положительную, способствующую возникновению нового для клиента чувства подъема собственных сил. После этого может быть инкорпорирован положительный пример для различных социальных ситуаций, что восполнит существовавший дефицит некоторых поведенческих навыков (связанных с самоутверждением, определением для себя границ допустимых действий и т.п.) и повысит чувство собственного достоинства, в противовес отрицательным убеждениям, связанным с травматической личной историей клиента.

Кроме инкорпорирования положительных примеров, у клиента будут происходить и некоторые автоматические изменения, вызываемые применением ДПДГ. Так, одним из вероятных последствий правильно проведенной переработки является так называемый “эффект ряби”. Он возникает, когда у клиента появляются новые формы поведения, связанные с обретением нового чувства идентичности после перерабатывания отрицательного наследия травматических воспоминаний. Можно рассчитывать на то, что после прохождения психотерапии клиент станет лучше выполнять свою работу и сможет добиться большего успеха.

Необходимо помнить, что любые новые формы действий клиента будут сталкиваться с новыми ответными реакциями, стимулирующими, в свою очередь, соответствующие нейросети, содержащие как положительные, так и отрицательные убеждения. Можно надеяться, что клиент встретит поддержку новых форм поведения в своем окружении. По мере получения похвал, комплиментов, рекомендаций и продвижения по службе у клиента может возникать чувство страха или беспокойства. Это объясняется активацией нейросети, содержащей дисфункциональные убеждения типа “Если я буду слишком успешен, то люди отвернутся от меня”. Такое убеждение может быть инкорпорировано при наблюдении ситуаций реальной жизни, чтении книг или просмотре фильмов. Вне зависимости от причин возникновения, это убеждение не было исследовано по той простой причине, что ранее клиент никогда не достигал соответствующих положительных результатов (и не слышал похвал), которые могли бы его активировать. Тем не менее отрицательные эмоции, вызываемые ситуациями, в которых обычно можно ожидать получения удовлетворения, будут напоминать психотерапевту о необходимости дальнейшей переработки.

Важно, чтобы клиент понимал необходимость продолжать наблюдение у психотерапевта с целью оценки возможных будущих реакций и определения, есть ли необходимость в дополнительном психотерапевтическом вмешательстве. Воспоминания, представляющие собой узловые точки отрицательных убеждений, должны быть идентифицированы и переработаны, а вместо них должны утвердиться положительные самопредставления.

Окончание курса психотерапии

Хотя записи в дневнике клиента могут подтверждать наличие беспокоящих чувств, указывающих на сохранение определенной дисфункциональности, они могут относиться и к тем формам беспокойства, которые являются следствием обычных превратностей жизни. Когда количество таких записей в дневнике уменьшается и первичные жалобы встречаются среди них лишь случайно, клиенту необходимо принять решение, нуждается ли он еще в психотерапии для обеспечения своего душевного здоровья или личностного роста (который может становиться отдельной задачей, охватывающей всю жизнь). Поэтому с некоторыми клиентами важно обсудить их цели и ожидания.

Во многих случаях клиенту необходимо понять ограничения, связанные с самой человеческой природой и существующие в зависимости от того, насколько "самоактуализированной" или самоуправляемой личностью он является. Например, многие жертвы посттравматического синдрома считают, что если их симптомы будут успешно излечены, они больше никогда не будут чувствовать себя несчастливыми. Клиентов необходимо предупредить, что в человеческой жизни неизбежно происходят потрясения, воздействующие на нервную систему и приводящие к возникновению как уместных, так и неуместных реакций, зависящих от разных факторов, связанных с процессами биохимического и гормонального обмена, а также степенью усталости и сочетанием различных раздражителей. Вместо того чтобы заниматься самобичеванием при возникновении гнева, страха или боли, полезнее просто определить, в какой мере эти чувства являются побудительной силой действий индивида, и предпринять необходимые шаги, чтобы справиться с беспокоящей ситуацией и любыми формами остаточного телесного напряжения.

С некоторыми клиентами необходимо обсудить различия между "я не могу сделать это" и "я предпочитаю этого не делать". Например, клиентка, с детства панически боящаяся летать на самолете, успешно переработала свой страх после нескольких сеансов ДПДГ. Ситуация, прежде вызывавшая паническую реакцию, была повторно избрана в качестве цели и предмета воздействия. Если было время для инкорпорирования положительного примера, клиентка отмечала, что довольно трудно провести различие между тем, что чувствует она, и что должны чувствовать нормальные люди. Мы успокоили ее, объяснив, что ее отрицательное отношение вполне естественно и многие люди не испытывают особого удовольствия, сидя в самолете. Клиентка поняла, что такого рода реакция не может измениться — да это и не нужно. Важно было признать, что при необходимости она сможет летать самолетом.

После того как области дисфункциональности были переработаны и клиентка смогла обрести чувство успеха и радости в настоящем, а также была подготовлена к тому, чтобы перенести эти чувства на будущее, а записи в ее дневнике не отмечали наличие новых проблемных областей, можно было сделать вывод, что пришло время завершать курс психотерапии. Для клиентки важнее всего было почувствовать саму потенциальную возможность. Теперь она знала, что при появлении каких-либо проблем или паттернов дисфункциональной реакции, с которыми ей не удастся справиться самой, она всегда сможет обратиться к психотерапевту и пройти дополнительный курс лечения. Определение уместного уровня ожиданий особенно важно для сохранения психотерапевтического эффекта.

Один из клиентов, прошедший шестью годами ранее успешный курс лечения от посттравматического синдрома, причиной которого было участие в войне во Вьетнаме, вновь обратился к психотерапевту. Вначале у него все было нормально — первоначальная дисфункциональность не возвращалась, клиент получил перспективную работу, женился и был счастлив в браке. Однако у него появились навязчивые воспоминания о сексуальном насилии, вызывавшие сильное беспокойства. Во время предыдущего курса психотерапии не было обнаружено никаких признаков сексуальных дисфункций или других намеков на наличие травматического опыта сексуального насилия. Но недавно клиент вспомнил свою мать в специфической сексуальной позе — все это происходило в комнате мотеля, — а потом начал вспоминать другие сцены сексуального насилия, связанные с его отцом и какой-то другой женщиной. Разговор с братом подтвердил его подозрения, сопровождавшиеся появлением дополнительных воспоминаний. Беспокойство клиента достигло чрезвычайно высокой степени, так как всплывшие из памяти сцены были полны крови и создавали впечатление, что ему пришлось быть свидетелем убийства на сексуальной почве. Эти сцены были избраны предметом воздействия и переработаны на протяжении трех сеансов ДПДГ, после чего травматические образы стали как бы более отделенными и стало ясно, что кровь не была связана с убийством, а была всего лишь менструальной. Хотя у клиента сохранилось впечатление, что он был свидетелем случаев сексуального насилия, после психотерапии он уже мог без труда справляться со своим беспокойством и его напряженность разрядилась от осознания, что он в любой момент может снова обратиться к психотерапевту.

На основе этого примера можно сформулировать несколько принципов поведения психотерапевта.

1. Не следует считать, что любая возможная бессознательная дисфункция непременно достигает разрешения на протяжении определенного количества сеансов ДПДГ. Клиент может достичь состояния относительного душевного здоровья и уравновешенности, удовлетворительного для его сегодняшних житейских обстоятельств и стадии личностного развития даже без полного искоренения возможного источника беспокойства. Хотя сообщения психотерапевтов, работавших с ДПДГ, свидетельствуют о том, что эта техника высвобождает “подавленный” или диссоциированый материал чаще, чем другие формы психотерапии (Lipke, 1992b), успешная переработка возможных форм беспокойства клиента, необходимая как средство разрешения актуальных проблем, не означает, что в будущем у него не возникнут новые источники беспокойства.

2. Необходимо объяснить клиенту, что не исключена возможность проявления нового травматического материала и что это не является признаком неудачи, а скорее частью естественного процесса раскрытия. Полезно привести такую метафору: “Переработка любого нового материала, всплывающего на поверхность, подобна снятию кожуры с артишока” (я предпочитаю говорить именно об артишоке, а не о луковице, так как артишок содержит в себе ядро). Это дает клиенту ощущение, что состояние душевного здоровья всегда присутствует где-то у него в глубине, а также понимание, что раскрытие новой цели предлагает ему еще одну возможность получить дополнительное знание о себе. Клиента необходимо предупредить, что некоторые другие проявления беспокойства могут естественно возникать по мере интегрирования происходящих изменений и приобретения нового жизненного опыта. Такое объяснение подго-

товит его к встрече с новым травматическим материалом и ускорит достижение положительного результата психотерапии.

3. При необходимости для утверждения у клиента чувства обретения новых сил и веры в свои способности необходимо проводить наблюдение и после завершения курса психотерапии. Клиенту важно понять, что для любого человека важным условием сохранения душевного здоровья является способность переживать самоудовлетворение и чувство радости, идентифицируясь с этим чувством, но оставаясь в то же время готовым к возможности страдания. Идентификация источника беспокойства позволит клиенту принять решение, какое именно психотерапевтическое воздействие необходимо в данном случае. Перед тем, как обратиться за помощью к психотерапевту, клиенту необходимо попробовать доступные ему средства самопомощи. Во многих случаях снять беспокойство можно такими достаточно простыми действиями, как направляемое воображение, медитация или самовнушение. Кроме того, клиент может попробовать самостоятельно выполнить движения глаз (подробно это описано в главе 9).

Практика под наблюдением

Психотерапевтам следует использовать информацию, приведенную в главах 5, 6 и 7, при практике под наблюдением специалиста, прежде чем переходить к применению информации и протоколов, описанных в данной главе. Более продвинутый материал, предлагаемый в главе 9, не должен практически применяться до тех пор, пока психотерапевт не будет хорошо ориентироваться в описанных ранее формах техники ДПДГ. Обычно для этого требуется от шести до восьми недель. Как уже упоминалось, во время этой практики некоторые психотерапевты столкнутся с феноменом “мертвой петли”, когда у клиента сохраняется тот же самый уровень беспокойства даже после использования всех альтернативных подходов, описанных в данной главе. В этом случае необходимо применять стимулирующую версию ДПДГ, описанную в главе 10. Проходящие обучение психотерапевты, еще не знакомые с этой версией ДПДГ, должны применить упражнения для завершения сеанса, описанные в главе 9, и воздерживаться от попыток продолжать лечение до тех пор, пока не получат возможность работать под наблюдением более опытного специалиста.

Итоги и выводы

Восьмая стадия ДПДГ называется стадией переоценки. На этой стадии психотерапевт определяет степень усвоения клиентом переработанной информации и то, насколько он смог включиться в здоровые социальные отношения. Такая переоценка происходит перед началом каждого сеанса, предшествуя переработке. Психотерапевт предлагает клиенту снова обратиться к травматическому материалу, избиравшемуся предметом воздействия, и просмотреть свои записи в дневнике. Во время переоценки психотерапевт руководствуется протоколом из трех этапов, обращаясь к прошлым событиям, лежащим в основе дисфункциональности, к нынешним раздражителям, вызывающим беспокойство, и предлагает клиенту положительный пример возможных будущих действий. Переоценка показывает, когда необходимо переходить к новому этапу применяемого протокола, а когда завершать курс лечения. Правильные последующие меры также являются очень важным аспектом ДПДГ-психотерапии.

Эффективность лечения оценивается путем определения качества образа, представляющего избранное предметом воздействия травматическое событие, уровня субъективных единиц беспокойства, самопредставления и степени его соответствия, а также с помощью анализа записей в дневнике и реакций клиента на будущие проекции. Перед завершением курса психотерапии материал, вскрытый во время анализа истории клиента и последующей переработки, должен быть подвергнут переоценке. Все необходимые воспоминания, нынешние раздражители и предвидимые будущие действия должны быть избраны предметом воздействия и переработки, а клиенту должны быть предложены положительные примеры для будущих действий, способствующие возникновению новых, более адаптивных форм поведения и переработке любых когнитивных искажений. Возможно, психотерапевту потребуется предоставить клиенту необходимую информацию о новых формах поведения или отношениях, чтобы восполнить дефицит знаний, связанный с неадекватным влиянием родителей или неблагоприятным жизненным опытом.

Переоценка клинической работы включает в себя получение от клиента сообщений о событиях реальной жизни клиента. Дневник необходим для определения потенциальных целей воздействия и записи в нем очень важны для повышения эффективности курса психотерапии. Все проявления беспокойства у клиента должны быть оценены на соответствие реальным обстоятельствам, новым неблагоприятным воздействиям или проблемам, связанным с социальной системой. Психотерапевт должен позаботиться о формировании у клиента реалистических ожиданий, обучить его техникам самоконтроля и предупредить о возможной необходимости психотерапевтического вмешательства в будущем. Завершающая переоценка проводится для того, чтобы определить, можно ли заканчивать курс психотерапии.

9. ПРОТОКОЛЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДЛЯ ОСОБЫХ СИТУАЦИЙ

Ты можешь убежать от погони, но не от того, что внутри тебя.

Африканская поговорка

Стандартная процедура ДПДГ может быть приспособлена к различным психологическим проблемам с помощью ряда специальных протоколов. Далее мы рассмотрим основные принципы практического применения ДПДГ, стандартную процедуру и стандартный протокол из трех этапов, пригодный для большинства клиентов, переживших эмоциональную травму. Этот стандартный протокол, подробно описанный в предыдущей главе, способен обеспечить исчерпывающую переработку всех основных форм дисфункционального материала, проявляющегося в реакции клиента на прошлые события и нынешние ситуации, а также в его проекциях на будущее.

В данной главе мы дадим общий обзор стандартной процедуры ДПДГ, а затем опишем ее дополнительные формы и специальные протоколы. В работе с клиентом может применяться любой из протоколов, поскольку пациент может нуждаться в лечении, сочетающем специфические протоколы, предназначенные для различных травм, фобий и заболеваний. Все эти специфические формы лечения вписываются в общую схему, предлагаемую стандартным протоколом, описанным ранее. Кроме того, в данной главе приводятся инструкции для психотерапевта, желающего обучить клиента самостоятельному использованию движений глаз, что может быть полезным при завершении курса психотерапии.

Дополнительные протоколы показывают, как применять ДПДГ к различным проблемам. Они пригодны в большинстве случаев. Более подробная информация об использовании приведенных протоколов с отдельными клиентами, испытывающими высокие уровни беспокойства, дается в главе 11. Однако психотерапевту вначале необходимо попробовать использовать дополнительные протоколы с наименее травмированными клиентами на протяжении двухмесячной практики.

Одиннадцать стадий стандартной процедуры

Принципы, положенные в основу техники ДПДГ, требуют разработки тщательного плана лечения и определения границ психотерапевтического воздействия. После изучения истории болезни, определения анамнеза (стадия первая) и подготовки клиента (стадия вторая) психотерапевт может приступать к определению предмета воздействия, идентификации соответствующих его компонентов и проведению отдельных психотерапевтических сеансов, полностью выполняя процедуры, описанные в предыдущих главах. Стандартные процедуры включают в себя следующие шаги.

1. *Образ*. Может ли клиент определить образ, отражающий в целом наиболее травматическую часть события? Если он не может определить такой образ, ему следует просто думать о событии.

2. *Отрицательное самопредставление.* Формирование отрицательного самопредставления, выражающего основную самооценку или убеждение. Такое самопредставление должно начинаться с “Я” и включать в себя слова, возникающие в сознании клиента одновременно с образом.

3. *Положительное самопредставление*. Создание желаемого положительного высказывания о себе, включающего внутреннюю область контроля.

4. *Уровень соответствия представления*. Оценка клиентом (интуитивно, на уровне тела) степени соответствия положительного самопредставления (1 балл — “полностью не соответствует”, а 7 баллов — “полностью соответствует”).

5. *Эмоции*. Называние вызывающих беспокойство эмоций, возникающих при соединении образа и отрицательного самопредставления.

6. *Уровень субъективных единиц беспокойства*. Оценка клиентом степени беспокойства, возникающего при стимулировании травматического воспоминания (0— нейтральная оценка, покой, а 10— наибольшее беспокойство, которое можно представить).

7. *Локализация ощущений в теле*. Определение того, где именно в теле испытываются физические ощущения при обращении к травматической информации.

8. *Десенсибилизация*. Начало процесса очистки всех ассоциативных каналов памяти, после завершения которого оценка события, избранного предметом воздействия, достигает 0 или 1 балла по Шкале субъективных единиц беспокойства (более высокая оценка допустима лишь в том случае, если она экологически валидна для данного клиента).

9. *Инсталляция*. Введение положительного самопредставления:

— проверка степени соответствия первоначального или вновь избранного положительного самопредставления;

— связывание положительного самопредставления с избранным в качестве предмета воздействия событием;

— достижение степени соответствия представления в 7 баллов (другая оценка допустима лишь в том случае, если это экологически валидно для данного клиента).

10. *Сканирование тела*. Клиент сканирует тело для поиска любых остаточных физических ощущений, одновременно удерживая в сознании избранное предметом воздействия травматическое событие и положительное самопредставление.

11. *Завершение*. Окончание психотерапевтического сеанса таким образом, который дает клиенту чувство собственной эффективности и достижения успеха.

Визуализация. Использование направляемого воображения для рассеивания любых остаточных форм беспокойства.

Обсуждение. После окончания психотерапии следует дать клиенту советы о возможных результатах переработки, о ведении дневника, использовании релаксационных аудиозаписей и других способов самоконтроля.

Протокол для отдельного травматического события

Хотя стандартный протокол из трех этапов обеспечивает проведение клиента через все стадии психотерапевтического сеанса, специальный протокол, предна-

значенный для работы с отдельным травматическим событием, идентифицирует специфические цели, используемые при переработке воспоминаний об отдельном травматическом событии. Этот протокол вписывается в общую схему, предлагаемую стандартным протоколом и применимую для большинства клиентов, однако он может использоваться в ситуациях, когда отдельные воспоминания вызывают симптомы навязчивости. Следует подчеркнуть, что к жертвам посттравматического синдрома вне всякого сомнения необходимо применять стандартный протокол (что уже пояснялось в предыдущих главах) с целью наиболее эффективной работы со всеми проявленными симптомами. Так, например, хотя протокол работы с отдельным травматическим событием направлен прежде всего на симптомы навязчивости, с симптомами избегания можно проводить работу с помощью положительных примеров (третий этап стандартного протокола). При работе с отдельным травматическим событием стандартная процедура должна применяться к следующим предметам воздействия:

1) воспоминания или образы действительно происходившего травматического события;

2) сцена, возникающая в навязчивых воспоминаниях (она может отличаться от образа, представляющего все травматическое событие);

3) образ сновидения или наиболее травматическая сцена повторяющегося ночного кошмара;

4) нынешние раздражители, вызывающие беспокоящие воспоминания или реакции (например, звук заводящейся машины или определенного рода прикосновение).

Протокол для работы с существующей тревожностью и связанным с ней поведением

Большинство травмированных клиентов сообщают о нескольких формах тревожности и вызываемого ею поведения, беспокоящих в настоящее время. У некоторых клиентов беспокойство не связано с основным травматическим событием, и приводимый ниже протокол помогает работать с этими проблемами.

В подобных случаях психотерапевт помогает клиенту определить (1) сам факт тревожности, нуждающейся в лечении, (2) первичную ее причину и основное травматическое воспоминание (если удается) и (3) желаемую ответную реакцию клиента.

Компоненты процедуры и меры, предпринимаемые психотерапевтом, представлены в этом протоколе в следующем порядке:

1) определение первоначального травматического воспоминания;

2) наиболее недавний (или наиболее характерный) пример нынешней ситуации, вызывающей беспокойство клиента;

3) желательная эмоциональная и поведенческая реакция.

Во всех случаях для оценки эффективности лечения служат записи в дневнике клиента, так как в них отмечаются любые виды беспокойства, возникающие на протяжении следующих нескольких недель, когда клиент сталкивается в реальной жизни с ситуациям, подобными первичному травматическому событию. Обычно все эти ситуации следует по мере возможности подвергать переработке.

Протокол для недавних травматических событий

При лечении большинства травм стандартный протокол предлагает сфокусироваться на самом травматическом воспоминании. Это достигается путем идентификации клиентом картины, представляющей все событие или отдельной, наиболее травмирующей его части. Избрание предметом воздействия такого отдельного момента травматического события обычно приводит к переработке всего воспоминания, когда некоторые его аспекты будут всплывать в сознании, или по мере изменения ключевых картин. Таким образом, эффект переработки подвергается генерализации и переносится на все воспоминание.

В 1989 году, через несколько недель после землетрясения в Сан-Франциско, когда за психотерапевтической помощью обращались многие люди, я обнаружила, что иногда бывает необходим иной подход. Выяснилось, что сосредоточение на одной только части воспоминания не оказывает воздействия на другие его части. Например, клиент переработал наиболее травматическую часть воспоминания: когда здание рухнуло, он оказался погребенным под обломками, — но не стал чувствовать себя лучше при воспоминании о других моментах события. Возникает впечатление, что при переработке информации оказалось недостаточно времени для объединения воспоминания в единое целое. Это весьма интересное явление, проливающее свет на природу процесса активации воспоминания и его физиологические механизмы.

Понятно, что воспоминание о недавнем травматическом событии достигло некоторой степени единства, раз клиент смог дать общее описание своего переживания, но определенный принципиально важный уровень интеграции отдельных аспектов воспоминания не был достигнут. На основе проведенных наблюдений я предположила, что время, необходимое для такой интеграции, составляет в среднем от двух до трех месяцев. Будущие исследования смогут точнее определить этот период. Клиенту следует объяснить, что интеграция недавнего травматического воспоминания в единое целое завершается, когда для успешности лечения требуется применение лишь стандартной процедуры из одиннадцати стадий, а не более расширенной формы специального протокола, состоящего из следующих этапов:

1) получение последовательной истории травматического события;

2) избрание (при необходимости) предметом воздействия наиболее беспокоящих аспектов воспоминания;

3) переработка остальных моментов последовательной истории травматического события в их хронологическом порядке;

4) визуализация клиентом (с закрытыми глазами) всей последовательности событий и их переработка по мере возникновения беспокойства. Повторение этой процедуры до тех пор, пока клиент не сможет визуализировать всю последовательность событий без возникновения дистресса;

5) визуализация клиентом всего события с открытыми глазами и инсталляция положительного самопредставления;

6) завершение процедуры и проведение сканирования тела;

7) переработка (при необходимости) существующих в настоящее время раздражителей.

При работе с недавними воспоминаниями психотерапевт предлагает клиенту описать травматическое событие в последовательной форме. По мере того как клиент пересказывает свою историю, психотерапевту следует отмечать все аспекты события (“Я оцепенела, услышав, что полка падает, и увидев, как посыпались с нее книги...”). Каждое их таких переживаний должно подвергаться соответствующей переработке как отдельный предмет воздействия, к которому применяется стандартная процедура ДПДГ, включающая инсталляцию самопредставлений для каждого фрагмента воспоминания. Однако сканирование тела не должно выполняться до тех пор, пока не будет подвергнут переработке последний фрагмент воспоминания и не будет проведена работа со всеми предметами воздействия, — только после этого можно ожидать исчезновения связанных с травматическим воспоминанием остаточных форм телесной напряженности.

Клиенту предлагается идентифицировать часть воспоминания, вызывающую наиболее сильное беспокойство и препятствующую избранию предметом воздействия какой-либо иной части события. Это может происходить в том случае, когда клиент переживает утрату близкого и любимого человека, утонувшего во время наводнения или погибшего при землетрясении, или же когда жертва изнасилования видит перед собой пистолет. В первую очередь переработке подвергается наиболее травматическая часть воспоминания. Если клиент не может выделить такую часть, то предметом воздействия необходимо избрать те аспекты воспоминания, которые проявились первыми. Так как наиболее типичной реакцией на недавнюю травму является страх, клиенту может быть предложено отрицательное самопредставление “Я в опасности” и положительное самопредставление “Все позади, сейчас я в полной безопасности”. Естественно, психотерапевту следует предлагать их в такой форме, которая оставляла бы для клиента возможность выбора иного, более подходящего для него представления. Когда клиент сосредоточивается на проявившейся в первую очередь (или на самой травматической) части воспоминания, психотерапевт использует стандартную процедуру ДПДГ, проводя для клиента инсталляцию положительного самопредставления.

После того как психотерапевтическому воздействию были подвергнуты все аспекты воспоминания, о которых сообщал клиент, ему предлагается закрыть глаза и визуализировать травматическое событие так же, как мы просматриваем видеофильм. Не следует смешивать такой подход с гипнотическими техниками, предназначенными для дистанцирования от негативных эмоций, — эти техники можно сравнить с кинофильмом, проецируемым на экран, расположенный достаточно далеко от зрителя. Переработка предмета воздействия предполагает, что клиент проявит все ассоциации, связанные с травматическим материалом. Для этого ему следует воспроизвести в уме последовательность событий, как будто происходит просмотр видеозаписи, пока не проявится эмоциональная реакция на событие и пациент сможет по своему желанию остановить такой “просмотр”. Можно рекомендовать проводить работу с визуализациями при закрытых глазах, так как для большинства клиентов это удобнее. Клиенту объясняют, что он может в любое время прервать эмоциональное, соматическое или когнитивное беспокойство, возникающее при таком “воспроизведении видеозаписи”, просто открыв глаза и рассказав о своих переживаниях психотерапевту. К этой части воспоминания применяется процедура ДПДГ, включающая инсталляцию положительного и отрицательного самопредставлений.

Нет ничего необычного в том, что некоторые аспекты травматического воспоминания ранее не всплывали на поверхность. Образно выражаясь, первый этап переработки выравнивает “горные пики” — наиболее проявленные части травматического воспоминания, после чего клиенту легче увидеть не столь высокие “холмы”.

После переработки всех относительно незначительных проявлений беспокойства клиенту предлагается еще раз “воспроизвести видеозапись” с закрытыми глазами. При возникновении новых аспектов травматического воспоминания они должны подвергаться переработке.

Если новых проявлений беспокойства не наблюдается, клиенту предлагают “воспроизвести видеозапись” с открытыми глазами, удерживая в сознании положительное самопредставление, в то время как психотерапевт проводит достаточно длительную серию движений глаз. Клиенту необходимо тщательно просмотреть “видеозапись” травматического события, даже если образы будут не очень отчетливыми, и подать сигнал “Стоп” при завершении просмотра. После этого можно начинать сканирование тела. При работе с отдельными воспоминаниями психотерапевт должен быть готов к работе с любыми нынешними раздражителями, упомянутыми клиентом и вызывающими у него испуг (например, звук проезжающего мимо грузовика), а также с ночными кошмарами и другими моментами, напоминающими о травматическом событии (например, трещина на тротуаре, напоминающая о землетрясении), что сохраняет у клиента высокий уровень беспокойства. Если предусмотренные протоколом действия выполняются легко, то переработка может быть завершена на протяжении не более трех сеансов, так как все ее этапы проходят очень быстро. Однако не следует создавать для клиента временны́е ограничения, так как его реакции неповторимы и совершенно непредсказуемы. Особенную гибкость следует проявлять в отношении времени, необходимого для завершения психотерапии, поскольку мы не можем заранее узнать, с каким именно прошлым материалом связан идентифицированный предмет воздействия. Для клиентов, чья личная история содержит неразрешенные события, связанные с недостатком безопасности и самоконтроля, может потребоваться более длительное лечение. У некоторых жертв стихийных бедствий во время процесса переработки возникают воспоминания о достаточно давних случаях физического либо сексуального насилия, и в таких случаях необходимо сообщать им о возможной длительности курса психотерапии. Кроме того, следует обеспечить безопасность клиента, даже если возникает впечатление, что его жалобы связаны лишь с недавней травмой. Данный протокол обычно применим к событиям давностью от двух до трех месяцев. Если же после события прошло более трех месяцев, психотерапевту следует вначале использовать протокол для работы с отдельным травматическим событием.

Протокол для фобий

Многим клиентам, пережившим травму, свойственны фобии, требующие отдельного лечения. У некоторых первоначально испытанный страх принимает травматические масштабы. Коме того, подверженные фобиям клиенты могут дополнительно травмироваться самой “боязнью страха” (постоянно присутствующий страх встречи с пугающим объектом, например, собакой). Многие из клиентов организовали всю свою жизнь на основе избегания вызывающих страх объектов или событий. Поэтому важно, чтобы психотерапевт проводил соответ-

ствующую работу, чтобы помочь таким клиентам полностью усвоить новые и желательные для них формы свободного от страха поведения. Для удобства при использовании техники ДПДГ фобии могут быть разделены на два класса — простые и процессуальные. Простые фобии можно описать как боязнь того или иного объекта (например, паука), существующую вне зависимости от действий клиента. Процессуальные фобии — это страх перед ситуацией, в которой клиент должен принимать активное участие. Например, страх перед полетами на самолете связан с активными действиями клиента — чтобы оказаться в такой ситуации, необходимо купить билет, приехать в аэропорт и сесть в самолет. Поэтому при переработке простых фобий клиенту следует обращаться ко всем относящимся к делу аспектам фобии, включая принятие решения и ожидание возникновения тревоги.

Простые фобии

Для лечения простых фобий (таких, как боязнь пауков или змей) предлагается следующий протокол.

1. Научиться процедурам самоконтроля, чтобы справиться с “боязнью страха”.
2. Переработать следующие цели воздействия:
любые дополнительные события, связанные с фобией;
воспоминание о моменте, когда страх был испытан в первый раз;
наиболее беспокоящие переживания;
самые недавние события, когда отмечались такие переживания;
любые связанные с этим нынешние раздражители;
физические ощущения или другие проявления страха, в том числе учащенное дыхание.
3. Инкорпорирование положительного примера для будущих действий, свободных от чувства страха.

Процессуальные фобии

Протокол для лечения процессуальных фобий (например, страх летать на самолете или боязнь публичных выступлений) может добавлять к протоколу для лечения простых фобий следующие этапы.

1. Подписание контракта с обязательством выполнить вызывающее страх действие.
2. Воспроизведение в уме “видеозаписи” всей последовательности процесса переработки и возникающих при этом проявлений беспокойства.
3. Проведение переработки новых целей воздействия, проявившихся между сеансами.

При работе со страдающими фобиями клиентами особенно важно использовать техники самоконтроля. Многим фобиям присуща “боязнь страха”, и некоторые клиенты столь долго избегают реальных действий, вызывающих страх, что уже не знают, действительно ли эти действия сейчас будут вызывать у них

страх. В этом случае клиент боится самого страха. Хотя такое отношение иногда бывает весьма удобным, оно никогда не позволит адекватно справиться с чувством страха. Для обращения к переработке этой проблемы психотерапевту следует обучить клиента техникам самоконтроля. Некоторые техники будут описаны в этой главе. Клиенту вначале следует применять их в кабинете психотерапевта и постараться освоить настолько, чтобы самостоятельно справляться с проявлениями тревожности и страха.

Для идентификации ощущений в теле, сопровождающих отрицательное самопредставление “Я напуган”, большинство клиентов нуждаются в специальном обучении. Когда клиент придает слишком большое значение ощущениям в теле, это может быть для него весьма тягостным. Если же он сможет понять, что физические ощущения, связанные с чувством страха, являются всего лишь ощущениями в желудке или в груди, то сумеет произвольно изменить их, приложив достаточные усилия. Способность идентифицировать ощущения в теле и воспринимать себя как нечто заведомо большее, чем испытываемый страх, поможет клиенту когнитивно дистанцировать себя от чувства страха и контролировать его появление.

Хотя протоколы для работы со случаями простых и процессуальных фобий несложны, психотерапевту необходимо тщательно исследовать историю клиента с целью идентификации любых возможных рентных установок. Приведем пример. Одна из клиенток сообщила, что боится змей, и считает это наиболее актуальной жалобой. Однако потом выяснилось, что на самом деле существует целый ряд факторов, создающих эту фобию, в том числе проявления ограниченности, недостаточная степень самоутверждения и низкая самооценка. Анализ супружеских отношений клиентки показал, что муж всегда играл доминирующую роль и в большинстве случаев определял ход ее жизни. Кроме того, муж был фанатичным приверженцем отдыха на природе, а страх клиентки перед змеями вынуждал ее оставаться дома каждый раз, когда муж уходил на ночные прогулки. Подобные же факторы могут проявиться во время переработки фобий, при которых жена боится полетов на самолете, и муж — любитель путешествий — не может настаивать, чтобы она сопровождала его. Понятно, что до определения возможных рентных установок нельзя приступать к лечению фобий.

Как и при других формах лечения, клиента необходимо заверить, что на него никто не будет оказывать давление, заставляя следовать тем или иным общепринятым стандартам. Клиенту необходимо понять, что отказ от страха не означает, что ему необходимо начинать участвовать в какой-либо специфической деятельности — освобождение от страха перед змеями не предполагает, что клиентка должна стать поклонницей отдыха на природе, а преодоление страха перед самолетами — что ей непременно следует заняться прыжками с парашютом. Страдающему фобией клиенту следует объяснить, что право выбора всегда остается за ним и что он не должен как-то оправдывать свои поступки или заставлять себя выполнять те или иные действия.

Во всех случаях необходимо исследовать процесс возникновения страха, так как он может основываться на событии, не имеющем ничего общего с сегодняшними проявлениями фобии. Например, одна из клиенток жаловалась на боязнь управлять автомобилем. Каждый раз, когда ей приходилось это делать и сталкиваться с различными непредвиденными ситуациями, она испытывала приступы паники. При изучении истории болезни выяснилось, что, перед тем

как у нее в первый раз появился этот страх, она ездила в Европу по программе обмена студентов. В то время она была наивна и обрадовалась, когда приятель пригласил ее на вечеринку. Выпив пунш, она почувствовала себя нездоровой и вернулась домой, где у нее начались галлюцинации. Видимо, кто-то подмешал в пунш ЛСД. Боясь оставаться одна и чувствуя, что совершенно не контролирует свое поведение, клиентка пережила ужасную ночь, пока галлюцинации не прекратились. Через некоторое время, сидя за рулем, она пережила такое же чувство утраты контроля, оказавшись на грани аварии и испытав приступ паники. Затем состояние паники связалось со всяким чувством утраты контроля, даже если ослабление контроля было незначительным. Очевидно, что в таком случае перед началом переработки фобической реакции психотерапевту следует обратиться к воспоминаниям об ужасе, испытанном при приеме ЛСД.

После переработки всех событий, предшествовавших возникновению фобии, необходимо было провести полный курс ДПДГ-психотерапии с каждым из травматических событий, включая стадии инсталляции и сканирования тела. В первую очередь необходимо переработать наиболее ранние воспоминания, так как предполагается, что именно они включали в себя раздражители, ответственные за возникновение страха. Затем следовало переработать наиболее пугающие инциденты, включающие в себя раздражители, обостряющие страх. После этого необходимо подвергнуть переработке самое недавнее воспоминание, связанное с раздражителями, активизировавшимися вследствие вторичного обусловливания. Отдельно необходимо переработать дополнительные раздражители, так как мог существовать целый ряд не зависящих друг от друга ситуаций, вызывавших у клиентки чувство страха. Например, один из клиентов испытывал страх, если ему самому необходимо было совершить полет, другой — когда в самолет садились члены его семьи, а третий боялся не только всех перечисленных ситуаций, но испытывал приступ страха при одном только звуке летящего самолета. Все эти вызывающие беспокойство факторы должны быть переработаны до того, как пытаться предлагать клиенту какие-либо положительные примеры будущих действий. Для фобий общего характера — например, в случае клаустрофобии — переработке должен подвергаться наиболее характерный случай каждой из вызывающих беспокойство ситуаций (подъем в лифте, затор в уличном движении и т.п.).

Если симптомы страха, в том числе учащенное дыхание, возникают во время психотерапевтического сеанса, следует переработать эти физические ощущения с помощью движений глаз. При возникновении страха психотерапевт должен спокойным голосом обратиться к клиенту, ободряя его словами: “Просто отмечайте возникающие у вас чувства, не пытаясь повлиять на них”. Продолжение движений глаз во время возникновения страха, в том числе в случае полномасштабного приступа паники, может рассеять беспокоящие эмоции и помочь переработать “боязнь страха”. После того как страх ослабеет, психотерапевту необходимо обучить клиента техникам самоконтроля, в том числе упражнению по созданию образа безопасного места. Это даст клиенту возможность справляться с любыми проявлениями страха.

При работе с простыми фобиями положительный пример усваивается с помощью отдельного образа — например, клиенту можно предложить представить, что возле него находится змея, но он расслаблен и спокоен. Такой образ подвергается переработке до тех пор, пока оценка по Шкале субъективных единиц беспокойства не достигнет шести или семи баллов. Часто уровень беспо-

койства останавливается на шести баллах, так как для дальнейшего снижения беспокойства клиенту необходимо непосредственно встретиться с пугающим объектом и убедиться, что он уже не вызывает страх. В любом случае клиенту необходимо продолжать вести записи в дневнике, отмечая любые отрицательные реакции, которые в дальнейшем будут использованы как цели воздействия. У страдающих клаустрофобией клиентов положительный пример должен быть инсталлирован для каждого фактора, вызывающего страх.

При работе с процессуальными фобиями необходимо обратиться к тревожным предчувствиям, а также к любым другим факторам, делающим страх следствием вторичного обусловливания. Например, если клиент, боящийся полета на самолете, способен спокойно представить себя садящимся в самолет, с ним следует заключить специальный контракт, согласно которому он обязуется в течение месяца воспользоваться самолетом. Затем клиенту предлагают закрыть глаза и представить себе “видеозапись” всех возможных событий между данным психотерапевтическим сеансом и успешным полетом на самолете. Каждое из беспокоящих событий во время этого воображаемого процесса (выбор места назначения, звонок в авиакомпанию и заказ билета, сборы, поездка в аэропорт и т.п.) перерабатывается как отдельная цель. Это повторяется до тех пор, пока вся “видеозапись” события не будет воспроизводиться без страха. Клиенту следует сообщать о любых формах тревожности, возникающих при выполнении соглашения, использовать техники самоконтроля и регулярно вести записи в дневнике, отмечая каждый травмирующий раздражитель и свои реакции на него, — все это будет использовано в дальнейшем для переработки. Психотерапевту необходимо помочь клиенту увидеть свой страх как проявление обычной обратной связи, а вовсе не как признак неудачи. Важно подчеркнуть, что на протяжении последующих недель могут проявляться некоторые виды страха и что все эти моменты необходимо отмечать для дальнейшей переработки. Это снизит уровень ожиданий клиента по отношению к возможным результатам лечения, чтобы возможные проявления страха не вызвали у него замешательства. Пациенту, сталкивающемуся с вызывающими страх ситуациями, лучше воспринимать их не просто как препятствие на пути к успешному разрешению, а как очередное приключение в процессе самоисследования.

Если ДПДГ будет применяться к первоначальному травматическому событию, вызывающему страх, то фобическая реакция может исчезнуть полностью. Однако и в этом случае следует применять полный протокол лечения для предотвращения фобии в будущем. Если же фобическая реакция возникает во время ремиссии, то к дополнительным предметам воздействия легко можно обратиться на последующих сеансах.

Протокол для случая острого горя

Утрата любимого человека — весьма травмирующее переживание. При этом страдание может быть весьма интенсивным и продолжаться достаточно длительное время. При нормальных обстоятельствах острота горя обычно со временем ослабевает. Однако процесс восстановления равновесия может затормозиться или приостановится, что приводит к сохранению высокой степени страдания, к самообвинениям и отсутствию какого-либо улучшения. Использование ДПДГ для разрешения этих проблем может вызывать сомнения у психотерапев-

та, изначально считающего, что такое кратковременное воздействие в принципе не может дать клиенту достаточно времени для излечения от острого горя. Однако, как мы уже отмечали, ДПДГ не устраняет и не ослабляет здоровые адекватные эмоции, в том числе и чувство горя, но позволяет пережить клиенту горе с большей уравновешенностью и чувством внутреннего покоя.

У пациентов, страдающих от острого горя, переработку следует проводить в следующем порядке:

1) переработать воспоминания о действительных событиях, в том числе о страданиях или смерти любимого человека;

2) переработать навязчивые образы;

3) переработать ночные кошмары;

4) переработать нынешние факторы, вызывающие беспокойство;

5) переработать проблемы личной ответственности, собственной смертности или прежних неразрешенных травм, связанных с утратой.

Протокол для случаев острого горя в целом подобен стандартному протоколу ДПДГ. Многие клиенты сообщали, что чувства горя, вины и печали, связанные с навязчивыми воспоминаниями, сновидениями и фантазиями, относящимися к образу любимого человека, блокируют доступ к приятным воспоминаниям и ассоциациям (см. главу 2, раздел “Ограниченный доступ к негативному материалу”). Эти отрицательные образы должны быть избраны предметом воздействия и пройти соответствующую переработку.

Женщина, дочь которой покончила с собой в психиатрической больнице, обвиняла себя за случившееся. Любые напоминания о дочери вызывали мысли о ее страданиях во время душевной болезни, чувство вины и собственного бессилия. После переработки отрицательных образов слова психотерапевта “Думайте о дочери” стали вызывать лишь картины безмятежных детских игр и занятий балетом. Приведем другой пример. Двое подростков, отец которых покончил с собой, рассказывали психотерапевту, что не могут вспомнить никаких отрицательных образов, связанных с отцом. Когда психотерапевт предложил им думать об отце, они рассказывали лишь о картине его смерти (это были фантазии, так как в действительности они не присутствовали при смерти отца) и о том, как они сидят, напившись, перед телевизором (что действительно не раз повторялось на протяжении нескольких месяцев накануне смерти отца). Когда эти образы были переработаны, на смену им пришли положительные воспоминания о совместных поездках на рыбалку. Так использование ДПДГ позволяет клиенту пережить период острого горя без чрезмерных страданий.

Часто избрание предметом воздействия обеспокоенности своей безопасностью, возникающей из-за высокой ответственности, бывает чрезвычайно важным моментом при психотерапии острого горя (Solomon & Shapiro). Поскольку эти факторы обычно скрыты, переживания сильной тоски и эмоциональной боли могут иногда проявляться только во время самого процесса переработки. Поэтому важно, чтобы психотерапевт уважительно и заботливо относился к клиенту, проявляющему скрытые до сих пор аспекты своих страданий. Отрицательная эмоциональная реакция пациента может быть результатом чувства вины, вызванного воспоминанием о том, как он резко вел себя по отношению к любимому человеку или недостаточно заботился о нем. Все эти случаи следует избирать предметом воздействия для последующей их переработки.

Страдания клиента, вызванные смертью любимого человека, могут дополняться активацией незавершенного чувства эмоциональной утраты. Такие чувства следует подвергать переработке по мере их возникновения. Кроме того, поскольку предметом воздействия избирается ситуация смерти близкого человека, особую важность приобретает тщательное выяснение (для правильного определения предмета воздействия) любых форм дистресса, возникающих у клиента между сеансами, в особенности связанных с мыслью о возможности заболеть самому или о смерти других членов семьи.

Применение ДПДГ позволяет страдающему от горя признать болезненный факт утраты и вспомнить различные моменты совместной жизни с близким человеком, в том числе совместные положительные переживания, испытывая их в полной мере.

Нас не должен смущать тот факт, что ДПДГ не устраняет адекватные эмоции и не может заменить собой процесс личностного роста. При использовании ДПДГ переживающий острое горе клиент будет естественно, свойственным только ему образом приходить к признанию факта утраты и достижению положительного разрешения, необходимого для восстановления душевного равновесия.

Переработка информации и процесс выздоровления продолжаются и после сеанса психотерапии. Поэтому психотерапевт не должен решать за клиента, сколь долго тот испытывал страдания перед началом применения ДПДГ. Поскольку пока у нас нет теоретической модели, способной точно предсказать время, необходимое для достижения полного выздоровления, и нет возможности в полной мере оценить степень испытываемых клиентом страданий, психотерапевт должен быть свободным в своем решении применять ДПДГ для данного клиента. Установление произвольных временных ограничений, обусловливающих применение ДПДГ — например, “ДПДГ следует применять только в том случае, если вы испытывали острые страдания по крайней мере три месяца (или же год; два года)”, — противоречит самой идее экологической валидности процесса самоисцеления.

Приведем пример случая острого горя женщины, у которой умер ребенок. Перед смертью она сидела с ним всю ночь, неоднократно звоня по телефону врачу и умоляя положить сына в больницу. Но врач настаивал на том, что ребенку лучше оставаться дома. Женщина держала на руках ребенка, укачивая его, пока и ребенок, и она сама не уснули. Когда утром женщина проснулась, прижимая ребенка к груди, тот был мертв. Испытывая сильные страдания, она обратилась к психотерапевту, работающему с техникой ДПДГ. После 90-минутного сеанса клиентка сказала: “Сейчас я могу чувствовать образ сына в своем сердце, вспоминая то время, когда мы были вдвоем. Теперь он в другом месте и там ему лучше”. Такое радикальное избавление от страдания после весьма непродолжительного времени ДПДГ-психотерапии приводит нас к вопросу о том, сколь долго психотерапевту необходимо работать с клиентом. Я полагаю, ответ прост — решать должен сам клиент.

Протокол для случаев соматических нарушений

Травматическая реакция, например посттравматический синдром, легко диагностируется у жертв изнасилования или у лиц, участвовавших в боевых действиях, однако многие психотерапевты не осознают, что клиент испытывает та-

кую же или даже большую психологическую травму, когда в роли “насильника” оказывается его собственное тело. Возникает ли такой психологический эффект из-за болей и истощения, сопутствующих хроническим заболеваниям, или во время таких внезапно появляющихся болезней, как рак или СПИД, эти клиенты испытывают психологическую травму — в любом случае они требуют такого же заботливого отношения, как жертвы насилия и ветераны войны. Действительно, во многих случаях психологические и социальные последствия травмы, с которыми приходится работать психотерапевту, оказываются сходными.

Протокол для применения ДПДГ при работе с хроническими заболеваниями и другими соматическими нарушениями состоит из следующих стадий.

1. Разработать план действий, исходя из реальных потребностей клиента.
2. Идентифицировать и переработать соответствующие воспоминания, нынешние ситуации и страхи перед будущим, связанные с:
— психологическими и физическими жалобами;
— социальными последствиями;
— опытом предшествующего лечения.
3. “Просмотреть видеозапись” событий, вероятных в следующие пять лет.
4. Использовать работу с воображением, например, по модели, предложенной супругами Саймонтон, соединяя ее с соответствующей когнитивной подготовкой.
5. Идентифицировать подходящие положительные представления.
6. Связать образ с положительным представлением.
7. Дать клиенту домашнее задание с такими процедурами, которые могут быть выполнены самостоятельно.
8. Использовать записи в дневнике и процедуры самопомощи.

Этот протокол ориентирован на работу как с психологическими, так и с физическими факторами, связанными с соматическим заболеванием клиента. Однако применение данного протокола не заменяет необходимое медицинское лечение, а лишь дополняет его. Хотя мы будем обсуждать использование этого протокола, говоря о больных раком, он применим и к другим психологическим (а также, возможно, и физическим) жалобам, связанным с любыми заболеваниями или соматическими нарушениями.

Для многих клиентов с соматическими жалобами обращение к психологическим аспектам заболевания приводит к частичной или даже полной ремиссии и исчезновению симптомов. При наличии первичных органических нарушений психологическая травмированность может рассматриваться как фактор, обостряющий и усиливающий эти органические расстройства. Хотя проявления физиологических симптомов иногда и не ослабевают, основная цель психотерапии состоит в общем улучшении качества жизни клиента. Часто сама психологическая напряженность клиента и его отношение к себе как к безнадежно больному человеку оказываются наиболее истощающим и ослабляющим фактором.

Хорошим примером психологической обусловленности качества жизни индивида при соматических заболеваниях может быть история Рональда А. Мартинеза, одного из первых преподавателей Института ДПДГ. В 15 лет, когда Рональд активно занимался спортом, он получил серьезную травму во время прыжка в бассейн. Но однажды, через много месяцев, он сделал решительный выбор между жизнью инвалида, прикованного к коляске, — что тоже было бы

вполне понятным, — и радикальным изменением своей судьбы (Martinez, 1992). Он избрал второе и со временем стал талантливым психотерапевтом, воодушевлявшим многих людей. Для меня Рон всегда остается примером живого воплощения принципа, ставшего потом ключевым в ДПДГ-психотерапии: “Важно не то, что именно случилось с вами, а то, что вы делаете с этим”.

Понятно, что в случае полной недееспособности клиента следует учитывать факторы, связанные с его финансовой ситуацией, карьерой, изменениями во взаимоотношениях и т.п. Работу с психологическими последствиями полной недееспособности клиента следует начинать только после создания общего плана лечения, учитывающего основные потребности пациента. Если это не сделано, то вполне реалистичные страхи пациента могут препятствовать его способности сосредоточиваться на дисфункциональном материале и адекватно его перерабатывать. После разработки психотерапевтического плана можно приступать к переработке любых дисфункциональных страхов и сомнений клиента по отношению к использованию техники ДПДГ. Исключением могут быть те случаи, когда изначально выражены симптомы навязчивости. Тогда предметом воздействия должна быть избрана первичная навязчивость, и лишь после этого можно переходить к остальным симптомам. Это объясняется тем, что страхи, порождаемые симптомами навязчивости, могут настолько препятствовать клиенту логически мыслить, что он не сможет эффективно планировать необходимые действия.

В случае рака, так же как и при других распространенных заболеваниях, техника ДПДГ предполагает поиск соответствующих травматических воспоминаний, нынешних травмирующих факторов и страхов клиента перед будущим. ДПДГ следует применять по отношению ко всем идентифицированным проблемным областям. Тщательно проведенный анализ истории клиента может вскрыть паттерны самопожертвования и затруднения, связанные с попытками справиться с проявлениями гнева. При любых заболеваниях следует рассмотреть возможные последствия рентных установок, обусловленных этими паттернами. Как показывает опыт, практически у всех пациентов есть опыт уклонения от социальных обязательств — например, попытки получить освобождение от воинской службы на основании тех или иных заболеваний. Приведенный пример весьма характерен, и такие попытки обычно воспринимаются окружающими скорее с симпатией, чем с негодованием. Необходимо быть очень внимательным к способности клиента устанавливать для себя соответствующие ограничения, выражать потребности и принимать на себя необходимую ответственность. Например, некоторые могут позволить себе прекратить заботиться о других людях только тогда, когда они уже просто не способны на это физически. Иные же клиенты считают, что болезнь является единственным способом получить поддержку и помощь — такое отношение формируется как на основании реальных примеров, так и действительных обстоятельств их жизни.

Психотерапевту следует тщательно определить все факторы, включающие в себя ситуации, когда клиенту действительно не удавалось достичь успеха, что вызывало у него чувство беспомощности и безнадежности. Кроме того, важно учитывать и социальные факторы, связанные с заболеванием. Когда человека внезапно поражает болезнь, ему приходится сталкиваться с реакцией со стороны семьи и друзей. При этом часто разрушается вся та система поддержки, на которую опирался клиент, так как факт заболевания может вызвать негативное отношение со стороны друзей. В некоторых случаях люди испытывают на-

столько сильный стресс при мысли о возможности потерять близкого человека или от осознания своей собственной смертности, что отворачиваются от больного. В иных случаях друзья могут приуменьшать вероятность смерти или проявлять сильное давление на клиента, вынуждая его сохранять показной оптимизм. Полная клиническая картина должна учитывать возможность всех этих реакций и эмоций. Достаточно часто чувство вины и беспомощности оказывается настолько сильным, что люди не могут сохранять душевное равновесие без помощи психотерапевта.

Кроме социальных факторов психотерапевту необходимо определить роль медицинских процедур и поведения врачей в психологическом состоянии клиента. Например, воспоминания о вызывающих стресс медицинских процедурах иногда не позволяют клиенту сохранять душевный комфорт. Страдающий от ракового заболевания пациент может захотеть попробовать технику ДПДГ, так как этот экспериментальный метод лечения будет казаться ему единственной надеждой. Однако проблема состоит в том, что клиент может оказаться неспособным принять решение, перевесит ли предполагаемая польза от лечения возможный отрицательный эффект, обусловленный негативным впечатлением от проводившейся ранее химиотерапии. Поэтому ДПДГ используется для переработки отрицательных воспоминаний и создания у клиента чувства комфорта, что дает ему возможность сделать выбор. Когда клиент принял решение пройти экспериментальное лечение от рака, техника ДПДГ может быть использована для переработки неадекватного страха, она даст клиенту ряд новых навыков, которые пригодятся во время лечения. Как правило, после этого психологическое состояние клиентов при химиотерапии позволяет им значительно легче переносить лечение. Однако экспериментальное лечение вызывало и некоторые отрицательные эффекты, как, впрочем, вызывают их и любые другие виды лечения рака.

Психотерапевту следует оценить и возможные отрицательные последствия нетактичного поведения медицинского персонала. К сожалению, у некоторых врачей есть тенденция использовать чувство страха как мотивирующий фактор для соблюдения клиентом режима лечения. Понятно, что это оказывает отрицательное воздействие на психологическое состояние клиента. Подобные беспокоящие моменты следует подвергнуть переработке на начальной стадии ДПДГ-психотерапии.

Важно, чтобы психотерапевт учитывал возможные будущие события в жизни клиента, задавая ему вопросы (и, возможно, избирая потом эти вопросы и ответы на них предметом воздействия и переработки) типа “Кем я буду, если освобожусь от болезни?” или “Что мне следует изменить и с чем необходимо бороться?”. Если у клиента возникают воспоминания, приводящие к снижению чувства собственного достоинства и состоянию бессилия, они также должны подвергаться переработке. Последствия, связанные с родителями, семьей, другими значимыми лицами, карьерой, кризисом самоидентичности и нынешними беспокойствами, также должны быть подвергнуты переработке. Возможно, придется прибегнуть к методам семейной терапии, позволяющим членам семьи клиента приспособиться к его новом образу человека, обреченного на неизбежную смерть, и всем связанным с этим чувствам гнева, горя и т.п.

Любые реакции членов семьи, вызывающие стресс у клиента, также следует подвергнуть переработке, таким образом предоставляя ему возможность получить больше поддержки от семьи. Если клиент постоянно сосредоточивается на

дисфункциональной реакции членов семьи, то его чувство беспомощности и неспособность контролировать происходящее будут лишь усиливаться. В том случае, когда нет возможности изменить отношение членов семьи, необходимо использовать технику ДПДГ, чтобы помочь клиенту воспринимать отношение семьи таким, какое оно есть. В конечном счете клиенту необходимо ответить для себя на вопрос: “Хочется ли мне жить?”, будучи при этом готовым ко встрече с любыми отрицательными эмоциями. Проведение переработки неадекватных страхов и ожиданий поможет клиенту прийти к утвердительному ответу на этот вопрос. Для переработки любых остаточных форм дисфункциональности клиенту полезно предложить представить самого себя здоровым через год и через пять лет. При этом клиенту предлагается как бы воспроизвести видеозапись возможных событий следующих пяти лет жизни, удерживая в сознании положительное самопредставление. Каждый раз, когда клиент будет отмечать неуместное беспокойство и сомнения, следует применять движения глаз.

В следующем разделе описаны способы активации иммунной системы клиента для стимулирования процесса выздоровления. Однако для некоторых клиентов смерть может быть неизбежной. Тем не менее необходимо предлагать этот материал таким образом, чтобы внушать клиенту мысль о возможности будущего исцеления даже в том случае, если на самом деле он близок к смерти. Если же в конечном счете клиенту придется признать неизбежность своей смерти, то психотерапевту следует использовать технику ДПДГ, чтобы человек мог принять этот факт, обсудить его с семьей и друзьями, правильно распорядиться своей собственностью и преодолеть страх смерти. Для этого можно также использовать воображаемое “воспроизведение видеозаписи” будущих событий. ДПДГ может применяться в больницах для помощи клиентам, страдающим от постоянных болей, позволяя им освободиться от чувства вины за желание умереть и облегчая их страдания.

Уделяя внимание психологическим аспектам болезни, психотерапевт должен помочь клиенту преодолеть чувство вины и почувствовать обретение силы. При обсуждении возможности мобилизации ресурсов организма, способствующих процессу выздоровления, психотерапевту необходимо позаботиться о том, чтобы клиент не принимал на себя ответственность за свою болезнь — такое искаженное восприятие ситуации может вызвать у клиента чувство, что он виновен в своей болезни и никогда не сможет вылечиться. Все эти настроения лишь препятствуют лечению, и их следует избегать любой ценой.

Необходимо помочь клиенту понять, что он не может быть виновным в своей болезни, так как его восприимчивость к стрессовым факторам, ослабляющим иммунную систему, может иметь генетический характер либо быть обусловленной наблюдавшимися на протяжении жизни примерами. Кроме того, те или иные психологические факторы могли воздействовать задолго до того, как клиент принял какое-либо решение и сделал выбор.

Идею о потенциально присущем клиенту процессе самоисцеления следует излагать таким образом, чтобы не создавать дополнительные напряженность или самоограничения. Важно донести до клиента мысль, что попытки активировать потенциально присущий его организму целительный процесс вовсе не означают ответственности клиента за его болезнь.

Прекрасным источником сведений о стимуляции иммунной системы и мобилизации ресурсов организма на борьбу с раком является книга “Снова чувствовать себя хорошо” (*Getting well again*, Simonton & Greighton, 1982). В 70-е годы,

когда супруги Саймонтоны работали психологами в группе по лучевой терапии рака, к ним направляли преимущественно пациентов, находящихся на грани смерти. Супруги Саймонтоны заинтересовались различной частотой выживания среди этих пациентов. Проведенный ими опрос показал, что эта частота соотносима с психологическим отношением пациента к болезни и с теми символическими образами, в которых перед ним предстает сложившаяся ситуация. Польза такого предположения состояла в том, что у пациентов появлялась возможность создать образ собственной иммунной системы как некой могущественной сущности, способной побеждать ослабленные раковые клетки. Согласно публикациям, во многих случаях улучшение качества жизни пациентов и увеличение ее продолжительности было результатом изменения их отношения к болезни и выполнения упражнений по работе с образами. Многие исследователи, работающие в такой быстро развивающейся области, как психонейроиммунология, получили данные, подтверждающие открытия Саймонтонов (Cousins, 1989; Pelletier, 1977; Rossi, 1986; Siegel, 1989; Solomon & Temoshok, 1987).

Чтобы помочь клиенту создать положительный образ, необходимо провести большую предварительную работу когнитивного характера — клиента необходимо убедить, что раковые клетки являются в организме самыми слабыми. На этом основана эффективность химиотерапии и лучевой терапии — ослабленные раковые клетки погибают, а более сильные здоровые клетки выживают. Именно в этот момент часто может быть полезным применение ДПДГ для переработки впечатления клиента от некоторых заявлений медицинского персонала о стадии развития ракового заболевания. Кроме того, клиенты часто испытывают чувство дистресса при воспоминании о выражении лица врача, получившего результаты анализов, — выражении, ассоциирующемся с вынесением смертного приговора. Действительно, многие врачи до сих пор игнорируют открытия психонейроиммунологии.

Один из недостатков работы, предлагаемой Саймонтонами, состоит в том, что при этом предполагается создание пациентом образа иммунной системы как некой могущественной сущности, ведущей непримиримую борьбу с болезнью. Это могут быть образы стаи волков или артиллерии, обстреливающей раковые клетки, представляемые в виде более слабого противника. Для одних клиентов такие образы оказываются весьма эффективными, для других могут быть непригодными в связи с пацифистскими убеждениями. Поэтому важно, чтобы образы, используемые клиентами, соответствовали их психологическому складу и личным убеждениям. Вместо разрушительных воинственных сил вполне эффективными могут быть духовные образы, значимые для клиента — например, сердце страдающего на кресте Христа, посылающее свой целительный свет. Напомним еще раз, что при работе с ДПДГ особенно важно использовать центрированный на клиенте подход, позволяющий избирать символы и представления, наиболее эффективные для данного индивида. Главное — создать динамический образ раковых клеток, разрушаемых иной силой, освобождающей тело от болезни.

Один из клиентов Саймонтонов использовал образ электрического тока, входящего в голову и пронизывающего все тело, убивая раковые клетки. Однако после сеанса ДПДГ клиент сказал, что на самом деле использовал этот образ довольно редко и, кроме того, “электрический ток” часто встречал препятствия в тех или иных частях тела, не проходя через него полностью. При работе с ДПДГ клиенту прежде всего предложили создать положительное самопредстав-

ление, и он выбрал высказывание “Моя иммунная система исцеляет меня”. Затем ему предложили одновременно удерживать в сознании положительное самопредставление и образ проходящего через тело электрического тока. С началом движений глаз положительное представление усилилось. Затем клиенту предложили закрыть глаза и представить, как электрический ток пронизывает все его тело. Когда в теле возникали препятствия, он открывал глаза и выполнял саккадические движения, позволяя электрическому току продвигаться дальше по телу. В качестве предмета воздействия использовались соединенные вместе самопредставление и образ электрического тока. Клиенту дали домашнее задание использовать образ, самопредставление и движения глаз (самостоятельное выполнение движений глаз мы обсудим далее) по крайней мере три раза в день. Он решил использовать образ электрического тока, проходящего через тело, каждый раз во время мочеиспускания, представляя при этом, что раковые клетки вместе с мочой выбрасываются из организма, и усиливая таким образом положительное самопредставление. Проводя движения глаз, клиент удерживал в сознании мысль “Я выбрасываю из себя все, что отравляет мой организм”.

Образ и положительное самопредставление должны соединяться при выполнении движений глаз всегда, когда есть возможность. Если такой возможности нет — в случае, когда образ является движущейся картиной и клиенту трудно сосредоточить на ней свое внимание, — движение глаз необходимо проводить одновременно с положительным самопредставлением.

Клиенту необходимо дать инструкции по самостоятельному выполнению движений глаз для продолжения переработки травматического материала во время выполнения домашних заданий по работе с образами. Хотя на ранних стадиях психотерапии обычно не рекомендуется самостоятельно выполнять движения глаз, так как возможно бурное отреагирование, в случае применения данного протокола может быть сделано исключение, поскольку образы и представления, избранные предметом воздействия при самостоятельной работе дома, всегда могут быть подвергнуты дополнительной переработке в кабинете психотерапевта. Поэтому любой дополнительный материал, ассоциативно связанный с предметом воздействия, будет переработан еще до того, как клиент предпримет попытки самостоятельного выполнения движений глаз. При этом следует записывать в дневнике все сомнения, проявления сопротивления и связанные с этим воспоминания либо иные травмирующие клиента моменты, возникающие при самостоятельном выполнении движений глаз. ДПДГ следует применять не только для работы со страхом, но и в случае любых иных травматических переживаний, связанных с раковым заболеванием (в том числе при возникновении у клиента убеждения, что собственное тело предало его), при проявлении черствости или безразличия со стороны медицинского персонала, семьи или друзей, а также возникновении отрицательных эмоций, связанных с самим фактом пребывания в больнице, сдачей анализов, необходимостью операции и т.п.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что в большинстве случаев при тяжелых заболеваниях клиенты страдают и от посттравматического синдрома, возникающего не только в случае сексуального насилия, но и тогда, когда в роли “насильника” оказывается тело больного или его иммунная система. Поскольку появляющееся чувство бессилия или отвращения к себе может полностью парализовать волю клиента, психотерапевту необходимо тщательно определить границы необходимой в данном случае работы, подчеркивая важность процесса са-

моисцеления. Сосредоточение на этом помогает клиенту восстановить уверенность в себе и чувство свободы выбора.

Техники релаксации и контроля болевых ощущений, описанные далее в разделе, посвященном самоконтролю и процедурам завершения, весьма полезны для создании у клиента чувства уверенности в себе. Описанная далее техника "светового потока" особенно полезна в случаях острой боли (S. Levine, личное сообщение, 1982; Levine, 1991). При работе с болью хороший результат могут давать сами по себе движения глаз (Hekmat, Groth & Rogers, 1994). Поощрение клиентов к использованию поддерживающей групповой психотерапии (Spiegel, Kraemer, Bloom & Gottheil, 1989) либо иных альтернативных способов заботы о собственном здоровье, таких как массаж или правильное питание, способствует мобилизации психологических ресурсов и увеличению степени самоконтроля.

ДПДГ-психотерапию можно считать завершенной, когда клиент сможет представить себя здоровым и полностью излечившимся от рака, а при сканировании тела не обнаружатся никакие отрицательные ощущения. Хотя ДПДГ действительно может усиливать отношение клиента к самому себе как к здоровому человеку, необходимо ставить перед собой реальные цели. В любом случае техника ДПДГ может дать клиенту дополнительные силы для улучшения качества жизни и повышения степени самоконтроля, а приведенный здесь протокол позволяет мобилизовать силы организма и активировать процесс самоисцеления. В конечном счете клиенту необходимо примириться с последствиями заболевания вне зависимости от того, какой оборот примут действительные события. Клиенту необходимо понять, что, хотя достижение успеха еще не гарантирует победы, без таких попыток вообще ничего не будет достигнуто.

Самостоятельное использование движений глаз для снижения стресса

Предостережения и советы

Без руководства со стороны опытного психотерапевта применять личностную психотерапию обычно довольно трудно, хотя неправильно было бы говорить, что это в принципе невозможно. В данном разделе описаны способы самостоятельного использования клиентом движений глаз не для завершения полного курса ДПДГ-психотерапии, а лишь для снижения уровня стресса.

Не стоит обучать клиентов самостоятельному использованию движений глаз на начальных стадиях лечения, так как психотерапевт не может заранее узнать, с чем именно связана данная цель, а проявления тревожности и симптомы, кажущиеся совершенно безобидными, на самом деле могут восходить к воспоминаниям раннего детства, характеризующимся чрезвычайно высокой степенью беспокойства. Преждевременное применение клиентом самостоятельных движений глаз даже по отношению к гораздо менее стрессовым факторам может вызвать бурное отреагирование, приводящее к повторной травматизации, так как он может быть не способен самостоятельно продолжать движения глаз достаточно длительное время, необходимое для переработки активированного травматического материала. Обычно в течение сеанса ДПДГ клиент время от времени прекращает движения глаз, и психотерапевт, следящий за ходом сеанса, поддерживает движения глаз клиента на протяжении необходимого времени.

Если клиент начнет выполнять движения глаз самостоятельно, без наблюдения психотерапевта, то, несмотря на пользу, которую это может принести при дальнейшей переработке, необходимо помнить и об опасности нарушить таким образом весь план лечения. Поэтому клиентам не следует самостоятельно применять движения глаз без предварительной консультации с психотерапевтом и тем более не предлагать этого другим людям. Если же человек достиг завершающей стадии курса психотерапии, ему можно предложить самостоятельное выполнение движений глаз, так как основная травматическая информация уже прошла переработку. Но даже и в этом случае психотерапевту необходимо подчеркнуть необходимость продолжать вести записи в дневнике, отмечая появление любых беспокоящих реакций и воспоминаний.

Самостоятельное использование движений глаз чрезвычайно полезно и для самих психотерапевтов, подвергающихся травматизации под влиянием переживаний клиентов. Проявления такой травматизации достаточно хорошо изучены (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990). Они могут препятствовать не только определенной дистанцированности психотерапевта, необходимой для ви́дения адекватной перспективы, но и чувству собственной безопасности и удовлетворения своей работой. Самостоятельное использование движений глаз психотерапевтом необходимо прежде всего в тех случаях, когда истории, рассказываемые клиентами о своих травмах, изобилуют особенно тягостными подробностями. Очевидно, что чем дольше движения глаз будут выполнятся по отношению к этому травматическому материалу, тем в большей мере он будет переработан, ассимилирован и разрешен. Однако психотерапевтам следует помнить, что диссоциативный материал, активирующий высокий уровень беспокойства, может проявляться и в результате проведения движений глаз. В подобных случаях не стоит пытаться разрешить эту проблему самостоятельно, а необходимо обратиться к помощи опытного специалиста. Попытки самостоятельного выполнения движений глаз иногда приводят к повторной травматизации, так как травматические воспоминания могут не только не пройти полную переработку, но и приобрести еще более диссоциативный характер.

Технические соображения

При самостоятельном использовании движений глаз полезно применять настроенный на определенную частоту метроном, чтобы сохранять ритм движений. Метроном следует использовать только как средство звукового напоминания, поскольку диапазон частот стандартных метрономов недостаточно широк, чтобы проводить полноценные двусторонние движения глаз. Метроном следует расположить таким образом, чтобы звук воспринимался каждым ухом с одинаковой силой, что необходимо для равномерного распределения внимания клиента. Однако для одних индивидов такая звуковая стимуляция бывает полезной, других же она может только отвлекать.

Ниже приводится перечень психотерапевтических подходов (не являющийся, конечно же, исчерпывающим), необходимых для самостоятельного выполнения движений глаз.

1. Держите голову прямо, смотрите перед собой, а затем переводите взгляд как можно дальше вправо, наблюдая за отдаленным объектом. Потом такое же

движение необходимо выполнить в левую сторону. После этого глаза движутся из стороны в сторону между правым и левым объектами.

2. Смотрите то в один, то в другой угол комнаты поочередно (можно использовать для этого точки на стенах).

3. Сядьте, положив руки на колени ладонями вниз. Поднимите указательный палец на то время, за которое глаза смогут совершить движение из стороны в сторону.

4. Двигайте поднятой рукой вперед-назад в направлении взгляда.

5. Наиболее легкий способ выполнять движения глаз — использование внешней движущейся точки фокусировки. Некоторые индивиды используют для этого маятник, подвешенный под потолком, или ритмические вспышки света. Сейчас разработаны и стали доступными для целей психотерапии источники пульсирующего света с достаточно широкими диапазоном частоты и амплитудой движения (Neurotek, 1994).

В дополнение к предложенным способам клиент может представлять пальцы психотерапевта, движущиеся перед его визуальным полем. Такая техника особенно полезна, так как в ней присутствует движущийся внешний источник фокусировки, хорошо знакомый клиенту и ассоциирующийся для него с чувством безопасности, связанным с самим характером психотерапевтических отношений. Однако следует помнить, что самостоятельные движения глаз могут применяться только при незначительном уровне беспокойства, так как бурное отреагирование, возникающее иногда при высокой степени беспокойства, может приводить к нарушению фокусировки, необходимой для продолжения движений глаз и переработки предмета воздействия.

Техники самоконтроля и завершающие процедуры

Поскольку особенно важно ни при каких обстоятельствах не допускать, чтобы клиент покидал кабинет психотерапевта с незавершенным отреагированием, необходимо подготовиться к проведению адекватной процедуры завершения, позволяющей пациенту закончить психотерапевтический сеанс в состоянии относительного покоя даже в том случае, если переработка оказалась неполной. В дальнейшем травматический материал будет постепенно проходить переработку в период между сеансами, и поэтому клиент должен быть знаком с различными техниками самоконтроля и с правилами использования снижающих стресс аудиозаписей, чтобы самостоятельно справляться с беспокоящими мыслями и эмоциями.

В следующем параграфе я опишу некоторые процедуры для самоконтроля и окончания незавершенного психотерапевтического сеанса. Психотерапевту следует использовать одну или несколько таких техник до начала непосредственного применения ДПДГ при работе с клиентом, чтобы определить, какие именно техники наиболее эффективны для данного индивида. Процедуру можно начать с установления взаимного доверия и подготовки клиента, чтобы он не испытывал потом замешательства при отреагировании. Хотя все эти техники весьма эффективны для снижения эмоционального беспокойства, клиенту следует напомнить о возможности возникновения негативных переживаний при отреагировании.

Чтобы ободрить клиента, необходимо объяснить ему, что с помощью этих техник его беспокойство будет снижено и он сможет продолжать переработку травматического материала до успешного ее завершения. Наличие опыта совладания с беспокоящими эмоциональными состояниями является важным фактором готовности клиента к переработке травматического материала во время психотерапевтического сеанса и к тому, чтобы адекватно справляться с возможными проявлениями этого материала в период между сеансами. Техники самоконтроля и завершения психотерапии особенно важны при работе с пациентами, страдающими от психических травм, фобий и панических расстройств.

Хотя гипнотическое внушение было бы, возможно, лучшим способом окончания незавершенного психотерапевтического сеанса, оно не может дать клиенту чувства уверенности в себе, столь необходимого в период между сеансами. Поэтому если психотерапевт отдает предпочтение определенным гипнотическим техникам, полезно видоизменить их таким образом, чтобы клиент смог самостоятельно использовать эти техники в периоды между сеансами.

Образ безопасного места

Перед началом переработки необходимо помочь клиенту создать образ безопасного места (см. главу 5). Такой образ позволяет сохранять чувство комфорта и уравновешенность с помощью сосредоточения на том или ином ключевом образе или фразе.

Аудиозаписи для работы с визуализациями

Техники визуализации представлены в имеющихся в продаже аудиозаписях, направленных на снижение стресса (мы уже упоминали кассету “Освободись от стресса” — Emmett Miller, *“Letting go of stress”*, Source Cassete Tapes). Такие аудиозаписи чрезвычайно полезны для снижения стресса, и их можно рекомендовать клиентам в качестве средства самопомощи. После первичного сеанса, посвященного анализу истории болезни, клиенту необходимо предложить ежедневно использовать одну или несколько визуализаций. Наиболее понравившиеся могут быть затем использованы в психотерапевтических сеансах. Если имеющиеся в продаже аудиокассеты оказываются недостаточно эффективными для данного клиента и не вызывают у него необходимой релаксации, психотерапевту следует записать на кассету свой собственный сеанс, более подходящий для нужд данного пациента.

Техника светового потока

Техника светового потока в 90% случаев подтвердила свою эффективность, поэтому она описывается здесь подробно. Эта техника применяется при острой или хронической боли и является расширенной версией древнего упражнения йоги, успешно используемого при работе с клиентами, страдающими как хроническими физическими болями, так и переживающими эмоциональные страдания (S. Levine, личное сообщение, 1982; Levine, 1991). Для определения длительности процедуры психотерапевту следует руководствоваться характером ответной реакции клиента.

Прежде чем начать переработку с помощью ДПДГ, клиенту предлагают избрать предмет воздействия, вызывающий наибольшее беспокойство, и сосредоточиться на ощущениях в теле, сопутствующих беспокойству. Это может быть хорошей возможностью определить, нуждается ли клиент в дополнительном обучении технике “светового потока”. Если обучение действительно необходимо, клиенту предлагают сосредоточиться на белом листе бумаги и отмечать все возникающие при этом ощущения в теле. Затем ему следует удерживать в сознании вызывающий беспокойство предмет воздействия и отмечать изменения в телесных ощущениях. Эта процедура повторяется до тех пор, пока клиент сможет легко идентифицировать ощущения в теле, сопровождающие беспокоящий травматический материал.

Когда клиент научится сосредоточиваться на ощущениях в теле, начинается работа по визуализации. Психотерапевту следует объяснить, что предлагаемое упражнение направлено на работу с воображением и в этой работе нет правильных или неправильных ответов. Затем клиенту предлагают: **“Сосредоточьтесь на ощущениях в теле. Если ощущение имеет форму, на что эта форма похожа?”**. (Клиент может ответить, например, что ощущение имеет “круглую форму”.) Затем психотерапевт задает следующий вопрос: **“Если ощущение имеет размер, каков он?”** Клиент может ответить, что ощущение размером с яблоко. Психотерапевт продолжает задавать вопросы о цвете, температуре, фактуре и звуке, связанных с ощущением в теле. Задавая вопрос о связанном с ощущением звуке, клиенту предлагают просто отметить, высокий это звук или низкий, так как при попытках воспроизвести звук некоторые люди могут испытывать повышение тревожности.

Получив ответы на эти вопросы, психотерапевт спрашивает: **“Какой цвет из любимых вами ассоциируется у вас с исцелением?”** Важно, чтобы психотерапевт принял ответ клиента, даже если будет назван тот же цвет, который клиент избрал для описания ощущения в теле. В этом случае пациенту необходимо предложить назвать еще один цвет. После определения цвета психотерапевт продолжает процедуру:

> **“Представьте, что луч предпочитаемого вами цвета проникает в голову и распространяется по всему телу. Источник этого света — космос, самое огромное из всего, что вы можете представить.** ***Свет устремляется в тело, пронизывает его, вибрирует в нем. Когда это происходит, как изменяются форма, размер и цвет ощущения?”***

Если клиент отмечает, что изменения действительно происходят, психотерапевт продолжает повторять выделенные курсивом слова, пока форма ощущения полностью не изменится, становясь прозрачной, изменяя цвет или подвергаясь иным трансформациям. Изменения в образах обычно связаны с исчезновением вызывающих беспокойство ощущений. Если не происходит никаких изменений после второй попытки (клиент может сказать: “Ничего не происходит, а свет отталкивается от моего тела”), то нет смысла продолжать применять эту технику и следует попробовать что-то иное.

После того как ощущения, сопровождающие проявления беспокоящего материала рассеиваются, психотерапевту следует продолжить процедуру, произнося медленным успокаивающим голосом:

“По мере того как свет продолжает проникать в макушку, позвольте ему мягко и без усилия заполнить голову. Затем пусть он опустится через шею и плечи в руки до самых кончиков пальцев. Пусть свет через шею проникнет в туловище — легко и без усилий, — а потом через ягодицы пойдет в ноги и дальше, к ступням”.

Когда психотерапевт увидит, что клиент достиг полной релаксации, ему следует провести позитивное внушение, для того чтобы состояние умиротворения и покоя сохранилось до следующего сеанса. Затем по счету от одного до пяти клиенту предлагают постепенно пробудиться, возвращаясь в обычное состояние.

Вертикальные движения глаз

Чтобы закончить незавершенный сеанс, психотерапевту необходимо предложить клиенту совершать вертикальные движения глаз (которые, судя по всему, сами по себе создают успокоительный эффект), говоря при этом успокаивающим голосом: “**А сейчас мы можем отложить все это до следующего сеанса”** или **“Теперь можно забыть обо всем этом”.** Затем можно переходить к применению техники создания образа безопасного места или техники светового потока, чтобы усилить состояние покоя. Можно задать следующий вопрос: **“Что из того, чему вы научились сегодня, кажется наиболее полезным?”** Ответ клиента затем используется как положительное самопредставление при выполнении вертикальных движений глаз. Это способствует усилению чувства достижения успеха, так же как и повышение значимости положительного самопредставления.

Обсуждение и оценка безопасности

Вне зависимости от того, применялись ли для завершения сеанса те или иные формы гипноза, направляемого воображения или иных процедур, психотерапевту необходимо провести обсуждение. Клиенту следует объяснить, что вне зависимости от того, что будет происходить на протяжении следующей недели, ему необходимо продолжать записи в дневнике и без колебаний звонить психотерапевту при возникновении сильного беспокойства.

Вне зависимости от возникающих неудобств клиенту, не способному после сеанса вести машину, нельзя покидать кабинет психотерапевта до тех пор, пока не будет найден иной способ доставить его домой. Пациенту, восприимчивому к гипнозу, для переключения достаточно просто предложить сосредоточиться на ступнях ног или представить провод, соединяющий его позвоночник с центром земного шара. В конце каждого сеанса всегда необходимо уделять время оценке способности клиента действовать, не создавая опасности для себя и других. Следует пояснить и то, что техники визуализации, применяемые для завершения сеанса, могут сами по себе вызывать временную дезориентацию.

Итоги и выводы

Психотерапевтам необходимо хорошо ориентироваться в использовании стандартной процедуры ДПДГ как основы для различных вариантов применения этой техники. При этом важно проявлять гибкость, так как при лечении конкретного клиента может появиться необходимость внести изменения в эту процедуру. Психотерапевту всегда необходимо быть готовым провести повторную переработку любого относящегося к делу материала, чтобы определить, проявились ли дополнительные ассоциативные каналы памяти, нуждающиеся в переработке.

Со стадии переоценки начинается каждый новый сеанс, и эта стадия предполагает применение специфического протокола. Для конкретного клиента может потребоваться различное количество протоколов, как стандартных, так и специализированных. Стандартный протокол из трех этапов, описанный в главе 8, обеспечивает исчерпывающую переработку для большинства травматических случаев. Его применение может быть необходимо, когда клиент проявляет полную симптоматику посттравматического синдрома. Дополнительные протоколы, описываемые в данной главе, обычно используется в соединении со стандартным.

Применение ДПДГ к воспоминанию об основной травме включает в себя избрание предметом воздействия и переработку всех проявлений травматического события, так же как и связанных с ними нынешних раздражителей. Обращение к специфическому дисфункциональному поведению и его переработка необходимы также для инкорпорирования положительного примера будущих действий.

Процедура ДПДГ из одиннадцати стадий может применяться практически ко всем целям. Травматические события, случившиеся на протяжении последних двух месяцев, могут подвергаться лечению с помощью протокола для недавнего травматического события. Если стандартный протокол используется для лечения травм давностью менее трех месяцев и при этом не происходит генерализация психотерапевтического эффекта, необходимо применить протокол для недавних событий.

В случае пациентов с фобиями следует тщательно рассмотреть возможность наличия рентных установок. Эти пациенты должны быть обучены процедурам самоконтроля для совладания с любыми проявлениями непредвиденных беспокойств.

Протокол для работы с фобиями, вызванными несколькими травматическими событиями, должен включать в себя положительные примеры и быть направленным на тревожные предчувствия, с которыми обычно сталкиваются жертвы процессуальных фобий. Ведение записей в дневнике необходимо для определения обусловливающих нынешних стимулов, нуждающихся в переработке.

Лечение переживающих острое горе клиентов показывает, что, хотя период болезненного чувства утраты является естественным следствием смерти близкого человека, в том случае, если этот период затягивается и острота горя не снижается, вызывая постоянные страдания, это может приводить к блокированию сети памяти, в результате чего у клиента будут возникать лишь беспокоящие воспоминания.

Протокол для случаев соматических нарушений включает в себя работу с воображением, подобную предложенной супругами Саймонтон, с обращением к воспоминаниям, вызывающим беспокойство, нынешним ситуациям и к будущим событиями, в том числе к примерам будущих действий, относящихся к

здоровью и благополучию клиента. Если применение медицинских форм лечения не планируется, ДПДГ может обеспечить хорошие результаты при использовании этой техники согласно принципам психонейроиммунологии (Cousins, 1989).

Самостоятельно выполняемые движения глаз не могут заменить полный курс ДПДГ-психотерапии. Отреагирование, связанное с травматическим материалом, может мешать самостоятельному выполнению клиентом движений глаз на протяжении времени, необходимого для завершения переработки. Однако после завершения первичной психотерапии такая самостоятельная работа может оказаться весьма полезной, дополняя техники самоконтроля, доступные клиенту. Процедуры самоконтроля могут применяться для окончания незавершенного сеанса, и клиент может использовать эти техники самостоятельно для устранения проявлений беспокойства, возникающих между сеансами. Техника светового потока, а также самостоятельно выполняемые движения глаз весьма полезны как для снятия боли, так и для ослабления стресса в целом. Проведение завершающего обсуждения и принятие мер по обеспечению безопасности клиента обязательны в том случае, если эти процедуры используются для завершения сеанса.

10. КОГНИТИВНОЕ ВЗАИМОПЕРЕПЛЕТЕНИЕ: СТИМУЛИРУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ ДЛЯ РАБОТЫ С ТРУДНЫМИ КЛИЕНТАМИ

> Когда ты будешь идти по пути жизни, однажды перед тобой откроется пропасть. Прыгай. Она не столь велика, как тебе кажется.
>
> *Из обряда индейцев Северной Америки*

Когнитивное взаимопереплетение — это особая форма техники ДПДГ, специально разработанная для наиболее трудных клиентов с высокой степенью беспокойства. Такие клиенты часто попадают в когнитивную и эмоциональную "мертвую петлю", не поддаваясь обычному воздействию с помощью ДПДГ. С целью развития более продвинутой стимулирующей стратегии я обратилась к клинической эвристике, предлагаемой моделью укоренной переработки информации. Разработанный способ воздействия обеспечивает скачкообразное начало переработки заблокированной информации, что достигается путем намеренного введения психотерапевтом определенного травматического материала, не ожидая, пока клиент сам его проявит. Я использую слово *"взаимопереплетение",* так как этот подход предусматривает, что психотерапевт предлагает клиенту определенные высказывания, которые взаимосвязываются, "переплетаются" с соответствующими ассоциациями и нейросетями.

Большинство клиентов, для которых характерны особенно сложные формы психопатологии, действительно нуждаются в применении когнитивного взаимопереплетения. Обычно многие из них характеризуются расстройствами личности, диссоциативными расстройствами, многократными травмами и недостаточным уровнем общей образованности.

Хотя подходы, применяемые при заблокированности переработки, описанные в главе 7, предлагают клиентам сосредоточиваться непосредственно на возникающем травматическом материале, временами этого бывает недостаточно для разрешения дисфункционального материала. В таком случае психотерапевту необходимо применять когнитивное взаимопереплетение для введения новой информации и открытия перед клиентом новой перспективы. Однако следует помнить, что когнитивное взаимопереплетение применяется таким образом, чтобы информационно-перерабатывающая система клиента могла проделать работу, необходимую для полной интеграции травматической информации.

Когнитивное взаимопереплетение следует применять в тех случаях, когда спонтанной переработки оказывается недостаточно для достижения психотерапевтических целей. Клиенты могут нуждаться в стимулировании переработки в следующих ситуациях.

1. "*Мертвая петля"*. После выполнения последовательных серий движений глаз у клиента сохраняется высокий уровень беспокойства с повторяющимися отрицательными мыслями, эмоциями и образами. Переработка остается заблокированной даже после того, как психотерапевт использует дополнительные варианты ДПДГ, описанные в главе 7.

2. *Недостаточность информации*. Образовательный уровень клиента или его жизненный опыт не обеспечивают ему достаточное количество информации для достижения когнитивного или поведенческого прогресса.

3. *Недостаточная генерализация*. Клиент достигает более положительного эмоционального плато или самопредставления по отношению к одной из целей, но генерализации и перенесения этого эффекта на дополнительные цели не происходит.

4. *Фактор времени*. Иногда сеанс подходит к концу, а клиент все еще находится в процессе отреагирования; в иных случаях процесс отреагирования тормозится и происходит недостаточно эффективно или сама цель оказывается многосторонней и состоит из ряда отрицательных представлений (и, соответственно, для ее переработки требуется больше времени, чем остается до конца сеанса).

Продвинутая стимулирующая стратегия ДПДГ намеренно переплетает исходящее от психотерапевта утверждение с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у самого клиента, и не ориентируется только на спонтанно возникающие результаты переработки. Хотя такой подход может быть чрезвычайно эффективным, его не следует применять очень часто, так как наиболее сильные изменения у клиента почти всегда исходят изнутри, а не вызываются внешним воздействием. Более того, когда клиент видит, что основные инсайты и изменения в сознании связаны с его собственными внутренними процессами, у него значительно повышается чувство собственного достоинства.

Прежде чем прибегать к когнитивному взаимопереплетению необходимо определить, связано ли блокирование процесса переработки с недостаточным применением тех или иных форм лечения, описанных в предыдущих главах. Это может быть недостаточное внимание к потребности клиента чувствовать себя безопасно в присутствии психотерапевта либо недостаточное понимание самим клиентом того, как происходит переработка во время ДПДГ (например, необходимость отмечать всякий возникающий при переработке материал, но при этом не оказывать ему сопротивления). Кроме того, психотерапевту необходимо убедиться, что отсутствуют мешающие психотерапии рентные установки либо нынешние факторы, обращение к которым должно быть предусмотрено в первую очередь при разработке плана лечения; а также удостовериться в том, что у клиента нет каких-либо заблокированных убеждений, мешающих психотерапии. Все это может вызывать эффект “мертвой петли”, когда процесс движется по замкнутому кругу, не достигая необходимого разрешения.

В данной главе мы исследуем способы стимулирования заблокированной переработки. При использовании когнитивного взаимопереплетения правильный выбор предмета воздействия и подходящего времени особенно важны для успеха психотерапии. Поэтому еще раз будет дан краткий обзор основных идей нашей теоретической модели, чтобы освежить их в памяти и избежать влияния старых привычных подходов разговорной психотерапии. Психотерапевту следует вмешиваться в ход событий только в том случае, когда это действительно необходимо, и его вмешательство должно быть по возможности максимально кратким.

Основная идея когнитивного взаимопереплетения

Модель ускоренной переработки информации отмечает, что дисфункциональный материал хранится в соответствующей нейросети в специфической форме, обусловленной тем состоянием, когда происходило травматическое событие. Поэтому в каждой из нейросетей преобладает эмоциональное и когнитивное содержание того или иного травматического события, обусловленное состоянием, в котором клиент находился в момент получения травмы. В случае детской травмы воспоминание отражает мировосприятие ребенка — то эмоциональное и когнитивное понимание происходящего, которое было достигнуто ребенком в момент травматического события, хранящееся в обусловленной состоянием форме. Такая информация оказывается изолированной от более поздних адаптивных интерпретаций и от опыта, полученного клиентом. Хотя психопатологию можно рассматривать как своего рода последствие навязчивых аспектов связанного с прошлым дисфункционального материала, клиент испытывает потребность в психотерапевтической помощи, чувствуя необходимость изменить что-то в настоящем. Такое более адаптивное отношение к необходимости изменения может рассматриваться как результат ассимиляции более поздней информации и более адекватных, функциональных оценок травматического события, содержащихся в иной нейросети, связанной с нынешним мировосприятием взрослого человека.

В результате сеанса ДПДГ обычно возникает связь между двумя нейросетями, ассимиляция болезненного материала в более адекватной перспективе (т.е. понимание, что он относится к прошлому, а не к настоящему), а также снижение эмоционального заряда дисфункциональности, что достигается путем распространения адаптивного представления на весь материал, хранившийся до того в изолированной форме. После психотерапии клиент приобретает возможность изменить отношение к ранним воспоминаниям, которые теперь полностью интегрированы в более адаптивную перспективу. С обретением новой перспективы приходит и способность действовать более адекватно и эффективно.

На протяжении большей части сеансов ДПДГ адаптивная переработка информации может рассматриваться как спонтанное соединение соответствующих нейросетей. Образно говоря, поезд движется своим путем от одной станции (психотерапевтически адаптивное плато) к другой. Однако когда переработка блокируется, психотерапевт может использовать когнитивное взаимопереплетение как своего рода прокладывание нового пути, связывающего соответствующие нейросети. Такое связывание двух нейросетей дополняется стимулированием уже существующих узловых точек либо введением в систему новой информации.

С помощью когнитивного взаимопереплетения психотерапевт пытается изменить мировосприятие клиента на более взрослое и адаптивное. Когда клиент когнитивно признал для себя саму возможность такой адаптивной перспективы, психотерапевт начинает проводить серии движений глаз для создания соответствующей связи между нейросетью, содержащей дисфункциональный материал, и нейросетью, содержащей положительную перспективу. Затем, если есть время, психотерапевт позволяет клиенту вернуться к спонтанной переработке путем выполнения последовательных движений глаз без использования когнитивного взаимопереплетения.

Ответственность, безопасность

и возможность выбора

Для успешного применения когнитивного взаимопереплетения необходимо точно определить подходящий момент и последовательность мер для стимулирующего воздействия. С целью стимулирования заблокированной переработки психотерапевту необходимо предлагать клиенту намеренно делать то, что должно было бы происходить спонтанно. Как правило, во время сеансов ДПДГ клиенты не переходят мгновенно от отрицательных эмоций и представлений к положительным. Скорее можно сказать, что по мере последовательной интеграции адаптивного материала происходит медленное преобразование информации. Психотерапевты смогут применять когнитивное взаимопереплетение с большей пользой в том случае, если они будут осознавать возможные последствия и смогут постепенно предлагать новые адаптивные перспективы, подобно тому, как эти перспективы спонтанно возникают при естественном процессе исцеления.

В данном разделе мы используем примеры из работы с клиентами, пережившими травму и обычно сталкивающимися с тремя основными проблемами — ответственностью, безопасностью и выбором. Тысячи проведенных сеансов ДПДГ показывают, что переработка этих трех проблем, происходящая, как правило, именно в таком порядке, является неотъемлемой частью успешного лечения. Во время переработки клиент может спонтанно проходить через три когнитивных и эмоциональных плато (неадекватное чувство вины, недостаточная безопасность и состояние безнадежности), достигая более взрослого и уравновешенного мировосприятия. Психотерапевту необходимо внимательно наблюдать за процессом, когда у клиента происходит постепенный переход от отрицательного самопредставления “Я плохой человек” или “Мне необходимо сделать что-то с собой” к положительному представлению “Я хороший человек” или “Я сделал лучшее из того, что мог”. Иногда чувство страха и недостатка безопасности может превратить отрицательное представление “Я в опасности” в положительное (“Все позади; сейчас я в полной безопасности”). Уверенность клиента в своей способности сделать в будущем необходимый выбор может отразиться в изменении представления “Я не контролирую ход событий” на “Будучи взрослым человеком, я сейчас могут делать любой выбор” или “Я контролирую себя”. В том случае, если изменения не происходят спонтанно, когнитивное взаимопереплетение дает клиенту возможность достичь соответствующего плато. Далее мы рассмотрим, как работает эта техника.

Когнитивное взаимопереплетение особенно полезно применять в случае возникновения проблем ответственности, безопасности и свободы выбора — в том порядке, как они изложены здесь, — что может в значительной степени ускорить лечение давних эмоциональных травм. Основная цель — помочь клиентам принять на себя соответствующую степень ответственности, а также отбросить чувство вины, снижающее самоуважение и чувство собственной эффективности. Когда эти цели достигнуты, клиенту легче признать, что ему больше ничего не угрожает и он может без опасности для себя принимать решения как в настоящем, так и в будущем.

Например, клиентка, подвергшаяся сексуальному насилию со стороны своего дяди, при обращении к этому воспоминанию продолжает испытывать интенсивное чувство страха и вины. Хотя сейчас ей около тридцати лет, она чувствует себя так же, как и тогда, когда была ребенком и не могла ни выйти из этой си-

туации, ни получить необходимую помощь. Если переработка не вызывает изменений этих чувств, следует применить когнитивное взаимопереплетение. Психотерапевт будет пытаться вызвать у клиентки осознание возможности более функционального и адаптивного отношения, задавая ей вопросы (например, “Кто ответственен за это?”) или предлагая соответствующую информацию, чтобы таким образом привести ее к принятию необходимой степени ответственности. Так, когда клиентка приняла решение — пусть вначале лишь для эксперимента, — что происшедшем травматическом событии виновен насильник (или, по крайней мере, что не сама клиентка ответственна за случившееся), психотерапевт начал проводить дополнительные движения глаз, предложив ей просто думать об этом. Это сопровождалось спонтанной переработкой, преобразующей эмоциональный аффект от чувства страха и вины к отвращению и гневу, направленным на образ насильника.

Далее мы приведем фрагмент стенограммы психотерапевтического сеанса, в котором клиентка, о которой мы уже упоминали, перерабатывала воспоминание о сексуальном насилии. Отец клиентки также допускал в ее адрес неадекватные замечания сексуального характера на протяжении большей части ее жизни, и этот фактор был составной частью психологической травмы. Стенограмма показывает стадии оценки и определения предмета, сопровождающиеся когнитивным взаимопереплетением, помогающим преодолеть блок.

Психотерапевт: Итак, у вас есть два воспоминания, связанные с образом дяди. Когда вы думаете о нем сейчас, какое из этих воспоминаний вызывает у вас большее беспокойство?

Клиентка: Более яркое.

Психотерапевт: Опишите его хотя бы кратко.

Клиентка: Это воспоминание о том, как он повалил меня на кровать и пытался вставить что-то, — может быть, палец, — между моими ягодицами.

Психотерапевт: Хорошо. Сейчас, когда вы удерживаете в сознании это воспоминание, отметьте отрицательные убеждения, связанные с ним, — может быть, у вас есть какая-то негативная оценка, которую вы относите к себе.

Клиентка: Да, есть. Я плохой человек.

[Это представление отражает тему, общую для всех жертв сексуального насилия.]

Психотерапевт: Если бы вы изменили это представление, что бы вам хотелось получить взамен?

Клиентка: Осознать, что это не моя вина.

Психотерапевт: И, наверное, что “Я хороший человек”?

[Психотерапевт предлагает изменить представление в положительную сторону.]

Клиентка: Да, что я хороший человек и что я сейчас в безопасности.

Психотерапевт: Если вы будете удерживать в сознании воспоминание и слова: “Я хороший человек, сейчас я в полной безопасности”, насколько истинной будет для вас эта оценка, — от 1 балла (полностью не соответствует) до 7 (полностью соответствует)?

Клиентка: Около 4 баллов.

Психотерапевт: Хорошо. Если вы добавите к картине воспоминания самопредставление “Я плохой человек”, какие эмоции возникают у вас?

Клиентка: Чувство ужаса.

Психотерапевт: Как бы вы оценили это чувство — от 0 (нейтральное состояние) до 10 (самое худшее из того, что вы можете представить)?

Клиентка: Около 9 или 10.

Психотерапевт: Где вы чувствуете это в теле?

Клиентка: В области легких.

[Затем, после того как первоначальное воспоминание было замещено мыслями о затруднениях клиентки в отношениях с мужчинами, переработка приостановилась. В следующем фрагменте стенограммы клиентка говорит о том, как она была унижена своим бывшим любовником и не имела возможности выразить свой гнев.]

Психотерапевт: Что вы получили в результате?

Клиентка: Я обвиняю себя за то, что выбрала такого мужчину.

Психотерапевт: Хорошо. А кто ответственен за то, что вы не были способны выразить свой гнев? И за то, что вы выбрали себе этого мужчину?

[Психотерапевт использует когнитивное взаимопереплетение, чтобы обратиться в проблеме ответственности, задавая вопрос, идентифицирующий два рода затруднений клиентки.]

Клиентка: Мой дядя.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этой мысли *(проводит серию движений глаз).*

Клиентка: И мой отец тоже.

Психотерапевт: (Проводит серию движений глаз). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Я чувствую некоторую стесненность в голове; сердце бьется немного учащенно.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом чувстве *(проводит серию движений глаз).* Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Этими мужчинами были мои отец и дядя.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз).* Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Мысли о моей семье, где всегда считали меня жертвой из-за этих случаев насилия.

Психотерапевт: Где вы чувствуете это?

Клиентка: Везде.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом *(проводит серию движений глаз).* Что вы чувствуете?

Клиентка: Когда-то я считала, что похожа на очаровательную китайскую куклу. Считала, что главное — это хорошо выглядеть. Еще — чувство какого-то ужаса и страха...

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом *(проводит серию движений глаз).* А сейчас что вы чувствуете?

Клиентка: В случившемся нет моей вины. Так что никакая я не “пустая скорлупа” и не жертва.

Психотерапевт: Хорошо. Удерживайте это *(проводит серию движений глаз)*. Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Мое сердце снова начало учащено биться, и я чувствую давление в голове.

Психотерапевт: Удерживайте эти чувства *(проводит серию движений глаз).* Что вы чувствуете сейчас?

Клиентка: Гнев на них за то, что было. Они продолжают делать это.

Психотерапевт: В каком смысле?

Клиентка: Они продолжают воспринимать меня только через мою внешность, а не как человека, которым я на самом деле являюсь. Поэтому большая часть всего этого осталась.

Психотерапевт: А кто ответственен за это?

[Психотерапевт снова использует когнитивное взаимопереплетение, обращаясь к проблеме ответственности.]

Клиентка: Они и ответственны, кто же еще.

Психотерапевт: Думайте об этом *(проводит серию движений глаз).*

[Понятно, что не ребенок ответственен за насилие, совершенное над ним взрослым, и за все последствия насилия вину несет только сам насильник. Сделать такой вывод на эмоциональном уровне — это один из первых этапов процесса исцеления. Когда процесс блокируется и у клиентки возникает эффект “мертвой петли”, психотерапевт помогает ей установить когнитивную связь, способствующую необходимой эмоциональной ассимиляции материала, что позволяет процессу продолжаться.

Достигнув первого плато адекватной ответственности с помощью когнитивного взаимопереплетения, клиентка начала устанавливать дополнительные когнитивные связи. Последующие плато безопасности и свободы выбора были достигнуты спонтанно.]

Клиентка: Меня не привлекают такие мужчины, но мне не хочется быть одинокой. Но иногда я думаю, что мне суждено быть с таким мужчиной, потому что иначе мне придется остаться одной.

[Клиентка заявляет о своей потребности в свободе выбора, необходимой для обеспечения ее безопасности.]

Психотерапевт: (*Проводит для клиентки серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Образы моих друзей. Чувство безопасности, связанное с любовью к ним. Они совсем не такие, как склонные к насилию члены моей семьи.

Психотерапевт: Хорошо (*проводит для клиентки серию движений глаз)*.

Клиентка: Они любят меня такой, как есть. Все они прекрасные люди. И это так приятно.

[Клиентка осознает полезность для себя возможности выбора.]

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом *(проводит для клиентки серию движений глаз).*

[Клиентка повторно обращается к избранному предметом воздействия воспоминанию и начинает проявлять дополнительные ассоциации, связанные с иными аспектами дисфункциональности. Например, в отношениях с мужчинами ей всегда приходилось сталкиваться со склонными к насилию людьми. Она считала, что сексуально привлекательна только для мужчин нарциссического склада, которые причиняли ей боль. Воспоминания о сновидениях и ночных кошмарах, обычно включавших в себя образ ее дяди и отца, были связаны с образами и других мужчин, исполненных гнева и склонных к насилию. Поскольку чувство безопасности клиентки не полностью генерализовалось на ассоциативно связанный материал, психотерапевт применил еще одно когнитивное взаимопереплетение (помещающее воспоминания на их место в прошлом) с целью усилить чувство безопасности.]

Клиентка: Это связано с моими ночными кошмарами. Иногда я боюсь ложиться спать или снова засыпать, пробудившись среди ночи.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Слова: “Все хорошо”. Я чувствую, что боязнь уснуть осталась в прошлом.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом (*проводит для клиентки серию движений глаз*).

Клиентка: Я вспоминаю, что, когда я была ребенком, все пугало меня. Поэтому я не могла быть действительно спонтанной.

Психотерапевт: Хорошо, сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз*). Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Я чувствую себя спокойнее.

Психотерапевт: Что происходит, когда вы думаете о словах: “Все позади, сейчас я в полной безопасности”?

[Психотерапевт использует когнитивное взаимопереплетение, чтобы помочь клиентке отделить прошлое от настоящего и признать, что она больше не является уязвимым ребенком.]

Клиентка: Не знаю...

Психотерапевт: Просто думайте об этом.

[Клиентка не может в полной мере принять утверждение. Сам факт сосредоточения на этом предложении стимулирует адаптивную информацию, уже присутствующую в ее памяти.]

Клиентка: Хорошо.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Он не смог бы сейчас сделать со мной то же самое. Я бы не позволила ему, потому что сейчас я уже взрослый человек и могу позаботиться о своей безопасности.

[Слова клиентки указывают на спонтанное возникновение признания, что она, как взрослый человек, может делать выбор.]

Психотерапевт: Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Болезненные ощущения здесь (*указывает на шею*). Я ненавижу его. Это не моя вина.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Мысли о том, что приятно находиться в безопасности, приятно быть любимой.

Психотерапевт: Хорошо.

Клиентка: И еще — я люблю своего отца.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз*).

[Признание клиентки, что она любит отца, экологически валидно. Независимость не означает ненависти.]

Психотерапевт: Что вы чувствуете?

Клиентка: Я чувствую большую гибкость в шее. И легкое головокружение.

[Появление гибкости в шее указывает на соматические изменения, на возникновение зависящих от эмоционального состояния ощущений в теле, связанных с первоначальным событием, во время которого голова пациентки была прижата насильником.]

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз).*

Клиентка: Я ненавижу своего дядю. Я чувствую, что мне уже не пять лет, и моя ненависть иная, чем в детстве.

[Слова клиентки указывают на возникновение новой, более взрослой перспективы.]

Психотерапевт: Хорошо (*проводит для клиентки серию движений глаз*).Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Я начинаю чувствовать себя более взрослой. Я могу испытывать ненависть к нему и теперь могу измениться. Я испытываю гнев за то, что все это вообще произошло.

[Отметим, что клиентка использовала слово “взрослый” для описания своих нынешних чувств. Подобные утверждения выполняют роль своего рода экологической проверки. Хотя цель переработки состоит в том, чтобы инкорпорировать эту более адаптивную перспективу, психотерапевт не применял слова “взрослый” по отношению к клиентке — это слово возникло спонтанно во время переработки.]

Психотерапевт: Отметьте это (*проводит для клиентки серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Гнев за то, что я проявляю заботу о людах, чтобы получить видимость поддержки для самой себя. И гнев за то, что я не могу получить эту поддержку просто потому, что заслуживаю ее.

Психотерапевт: (*Проводит для клиентки серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Снова ощущения в области шеи.

Психотерапевт: И как вы себя чувствуете?

Клиентка: Сейчас уже получше.

Психотерапевт: Хорошо, сосредоточьтесь на этом *(проводит серию движений глаз).*

Клиентка: Мне пришла в голову мысль, что стоит держаться подальше от мужчин, которым я нравлюсь, и быть способной сказать им "нет".

[Клиентка спонтанно представляет, как в будущем она принимает решение и делает выбор.]

Психотерапевт: Хорошо. Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз*). Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: У меня появился страх, что я не смогу сказать "Нет" и что это как-то связано с моими ночными кошмарами.

Психотерапевт: Что происходит, когда вы думаете о своих словах: "Будучи взрослым человеком, я теперь имею возможность выбора"?

[Психотерапевт использует когнитивное взаимопереплетение для дальнейшего усиления третьего плато, связанного с наличием возможности выбора.]

Клиентка: Мне кажется, что это прекрасно.

Психотерапевт: Хорошо, думайте об этом.

Клиентка: Да, я взрослый человек; у меня есть возможность выбора.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что вы чувствуете сейчас?

Клиентка: У меня возникает образ дяди, повалившего меня на кровать и говорящего, что у меня нет выхода. Но сейчас я вижу, как я ударяю его по лицу.

[Клиентка сообщает о спонтанном изменении образов.]

Психотерапевт: Прекрасно. Просто думайте о словах: "Как взрослый человек, я имею возможность выбора" (*проводит для клиентки серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Я говорю дяде: "Тебе не хватит сил справиться со мной".

Психотерапевт: Хорошо.

Клиентка: Я чувствую себя спокойнее.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Хорошо. Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Я вижу, как я еще раз ударяю дядю по лицу и зову отца.

Психотерапевт: Какие чувства вы испытываете при этом?

Клиентка: Эта сцена все чаще пугает меня.

Психотерапевт: Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз*). Что вы видите сейчас?

Клиентка: Образы мужчин, в которых сливаются черты отца и дяди. Я говорю отцу: "Ты разбил мое сердце", а затем появляется образ моего бывшего любовника. Все эти образы сливаются воедино.

Психотерапевт: Что происходит, если вы возвращаетесь к образу дяди и думаете о словах: “Я взрослый человек и у меня есть возможность выбора”? Какие чувства вы испытываете?

[Психотерапевт снова возвращает клиентку к основному образу, чтобы усилить положительное самопредставление.]

Клиентка: Я чувствую, что у меня сейчас больше силы и мне все так же хочется ударить дядю по лицу.

Психотерапевт: Хорошо. Если вы снова обратитесь к высказыванию: “Я взрослый человек и у меня есть свобода выбора”, как бы вы оценили его соответствие от 1 до 7 баллов, где 1— “полностью не соответствует”, а 7— “полностью соответствует”?

Клиентка: В 6 или 7 баллов.

Психотерапевт: Хорошо. Сосредоточьтесь снова на образе дяди и на словах: “Я взрослый человек и у меня есть свобода выбора” (*проводит серию движений глаз*). Отметьте все, что возникает у вас.

Клиентка: Я ударяю дядю по лицу, и он отстает от меня.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Я сказала дяде, что ему не удастся сделать то, что он замышляет, и что я расскажу обо всем отцу.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Я заслуживаю любви.

После проведения большого количества сеансов ДПДГ с жертвами травм стало ясно, что изменение степени ответственности клиента является необходимым условием для достижения положительного эффекта лечения. Теоретически это изменение может отразить потребность клиента в достижении соответствующей стадии взрослости, первым этапом которой является личностная дифференциация, предполагающая установление соответствующих границ себя. Жертвы насилия борются с чувствами вины и самообвинения, вызванными их участием в событии. Они часто отождествляются с действиями насильника или упорно продолжают верить, что сами являются виновниками насилия — факт, проявляющий их неспособность установить и выделить соответствующие границы между собой и другими.

Пока клиент остается в этом дифференцированном состоянии, он не может избавиться от чувства опасности; это чувство полностью интернализовано и пребывает у него внутри. Перекладывая вину за происшедший случай насилия на насильника, клиент приобретает возможность перейти от первичной идентификации с травмой (с сопутствующими чувствами страха и самоосуждения) ко всем преимуществам, которые дает экстернализация и адекватная оценка события. Это первое плато проявляется в результате переработки детской травмы. Если клиент оказывается в “мертвой петле” и у него не снижается уровень беспокойства, психотерапевту необходимо стимулировать возникновение соответствующего плато, проверяя это с помощью наводящих вопросов. Очевидно, что достичь этих двух последовательно возникающих плато — плато достижения осознания безопасности в настоящее время и плато обретения уверенности в

своей способности принять альтернативное решение — труднее в том случае, если клиент не способен отделить себя от источника опасности.

Когда достигнуто первое плато и чувство опасности экстернализовано, типичная жертва травмы переходит от состояния ужаса к менее интенсивному чувству страха. Затем возникает второе плато, связанное с чувством безопасности в настоящее время, содержащее в себе признание факта, что случай насилия произошел давно. Появление этого плато обычно снижает страх и позволяет клиенту выразить гнев или отвращение к насильнику. Такие эмоции необходимо обсудить в кабинете психотерапевта перед тем, как переходить к завершающей стадии, которая должна вызвать у клиента чувство уверенности в своей способности сделать в будущем правильный выбор. Обычно это сопровождается чувством покоя и благополучия. Каждое из достигаемых плато создает возможность достижения следующего и к каждому может быть получен доступ с помощью наводящих вопросов, вызывающих соответствующую ответную реакцию.

Определение степени допустимого вмешательства в личность клиента

Если вопросы "Кто несет за это ответственность?" или "Чья это неудача?" не вызывают желаемой ответной реакции — например, признания, что ответственность за происшедшее несет преступник, — психотерапевту необходимо начать с клиентом обсуждение, чтобы все же вызвать ответную реакцию. По мере того как клиент начинает понимать сущность травматического события — пусть даже с некоторыми колебаниями, — психотерапевту следует провести дополнительную серию движений глаз с инструкцией: "Просто думайте о событии". Если техника ДПДГ применяется без значительных отклонений от стандартной процедуры, а также если полученная психотерапевтом информация является точной, клиент может обрести для себя совершенно новую перспективу. Если же информация не точна, ее необходимо отвергнуть. В этом случае даже после завершения серии движений глаз клиент обычно остается в состоянии беспокойства и у него может возникнуть множество разных причин считать утверждение ложным. Возражения клиента обычно весьма любопытны и заслуживают тщательного изучения. Если они включают в себя блокирующие переработку убеждения, то их следует избрать предметом воздействия, а если в них обнаруживается недостаточность понимания, психотерапевту необходимо предложить правильное объяснение. Если сам психотерапевт был в чем-либо не прав, то это необходимо признать.

При вмешательстве в личность клиента и работе со всеми возможными последствиями этого необходимо, чтобы психотерапевт говорил клиенту: "Просто думайте об этом", — не в директивной, а в мягкой форме. Цель такого вмешательства — помочь клиенту удерживать в сознании всю необходимую информацию (стимулируя таким образом соответствующую нейросеть) в то время, когда происходит активация системы переработки. Все опасения, высказываемые клиентом, должны быть тщательно исследованы перед тем, как психотерапевт снова даст ему инструкцию "Думайте об этом" и начнет проводить следующую серию движений глаз.

Клиент сможет высказать все свои колебания, касающиеся возможности достичь положительного разрешения и обсуждать материал, вызывающий у него

чувство “предательства” по отношению к своей семье или к преступнику, только в том случае, когда психотерапевт придерживается открытого исследовательского подхода. Если работа с неадекватными чувствами покорности и привязанности, которые у людей, переживших в детстве насилие, нередко являются частью их патологии, не будет проводиться достаточно деликатно, у клиента может сохраниться состояние запуганности, возникшее после жестокого обращения. В этом случае клиента следует заверить, что все его взаимоотношения с родителями сохранятся после проведения психотерапии. Поскольку у переживших травму часто бывают большие трудности с самоутверждением, очень важно, чтобы психотерапевт не позволял себе быть требовательным или занимать авторитарную позицию, так как это может помешать клиенту свободно проявлять свои чувства или принимать интерпретации психотерапевта. Попытки оказать чрезмерное влияние также могут препятствовать процессу переработки.

Целью ДПДГ-психотерапии является полная интеграция наиболее адаптивного материала. Это означает, что любые проявления беспокойства клиента должны быть соответствующим образом оценены, чтобы определить, в какой мере уместно предлагаемое вмешательство (т.е. можно ли его считать экологически валидным для данного клиента), а также нуждается ли пациент в новой или дополнительной информации, для того чтобы усилить понимание. Поскольку ДПДГ не приводит к ассимиляции чего-либо неуместного для клиента, психотерапевту необходимо быть готовым признать свои возможные ошибки. Если клиент не соглашается с интерпретацией психотерапевта или же если психотерапевт не готов признать ошибочность своей интерпретации, беспокойство клиента не только не снижается, а даже возрастает.

Если действительно необходимое вмешательство предпринимается правильно, сопровождаясь серией движений глаз, клиент примет интерпретации психотерапевта и сделает для себя значимые и важные выводы. Ответная реакция клиента рассматривается как признак продолжения переработки, и тогда проявления этой реакции могут быть избраны в качестве предмета воздействия при проведении следующей серии движений глаз. Важно, чтобы когнитивный прогресс у клиента совмещался с сосредоточением на соответствующих ощущениях в теле приемлемым для него образом. Часто по мере достижения нового травматического материала клиент сообщает о появлении беспокоящих чувств — страха, тревожности или напряженности. В этом случае предметом воздействия должны быть избраны ощущения в теле, что будет способствовать дальнейшей переработке. Новая информация не считается полностью интегрированной до тех пор, пока у клиента сохраняются остаточные чувства страха или физической напряженности, возникающие при сосредоточении на новой информации.

Выбор варианта взаимопереплетения

В соответствии с моделью ускоренной переработки информации, психотерапевт пытается установить связь нейросети, содержащей дисфункциональный материал, с нейросетью, содержащей адекватную адаптивную перспективу. Некоторые клиенты уже усвоили соответствующую информацию, но у других индивидов могут возникать затруднения, связанные с недостаточной образованностью, с их чувствами по отношению к родителям и влиянием жизненных примеров. В этом случае психотерапевту следует предоставить клиенту всю необ-

ходимую информацию. Примеры, приводимые в следующих разделах, показывают, как клиенту предлагается такая информация, необходимая для достижения положительного разрешения в случае применения когнитивного взаимопереплетения.

Новая информация

Иногда может возникнуть необходимость повысить степень понимания клиентом личностной или межличностной динамики. Для этого клиенту следует объяснить, какое влияние оказывают жизненные примеры или психологические факторы. Например, если на вопрос “Кто ответственен за происходившее?” клиентка отвечает самообвинениями, так как она испытывала удовольствие от сексуального возбуждения во время изнасилования, психотерапевту следует объяснить автоматическую природу физических реакций и привести примеры случаев сексуального возбуждения, неизбежно возникающего в иных, также не очень приятных ситуациях. Клиентам необходимо дать все необходимые пояснения о том, как подобная реакция может быть обусловлена специфической динамикой семейных отношений. Когда клиент принял предложенную информацию на когнитивном уровне, пусть даже с определенными колебаниями, следует начинать движения глаз. Ниже приводится пример того, каким образом психотерапевт может предложить клиенту новую информацию.

Клиентка: Я виновата в том, что это произошло.

Психотерапевт: Детей учат, как бороться и побеждать. А взрослые предоставляют им примеры того, как необходимо учиться новому и взаимодействовать с обществом. Никто не рождается с этими умениями. Разве вас никто не учил этому в детстве?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: Думайте об этом (*проводит для клиентки серию движений глаз*).

Таким образом клиенту дается возможность понять, что переработку можно рассматривать как преобразование информации, хранящейся дисфункциональным образом, приводящее к установлению ее связи с более адаптивной информацией. Когда клиенту не хватает знаний для изменения неадекватных представлений, они должны быть предложены психотерапевтом в мягкой и ненавязчивой форме. После этого начинается следующая серия движений глаз, устанавливающая необходимую адаптивную связь.

“Я смущена”

Если психотерапевт считает, что клиент уже обладает необходимой информацией, он может использовать различные способы вызывания этой информации. Такое вмешательство применяется для того, чтобы дать клиенту возможность обрести на когнитивном уровне более взрослую и адаптивную перспективу. Поскольку чувство самоунижения иногда блокирует достижение более адаптивного самопредставления, психотерапевту полезно громко повторять самообвинения клиента, чтобы вскрыть когнитивную ошибку в этом самопредставле-

нии таким образом, который не представлял бы для клиента угрозы. Когда когнитивная связь установлена, переработка может быть завершена. Например, клиентка утверждает, что сама виновата в сексуальном насилии, случившемся в детском возрасте. Когда психотерапевт спрашивает, в чем ее вина, клиента заявляет: "Я спровоцировала это". В таком случае психотерапевту необходимо начать когнитивное взаимопереплетение — например, продемонстрировать свое замешательство, говоря: "Я в недоумении. Неужели вы хотите сказать, что пятилетняя девочка может спровоцировать взрослого мужчину на попытку изнасилования?" Когда клиентка начинает отвечать с сомнением в голосе ("Да, но понимаете..."), психотерапевту необходимо мягким тоном сказать ей: "Просто думайте об этом", — и провести серию движений глаз.

"Что, если бы это был ваш ребенок?"

Вариант предыдущего подхода может быть весьма полезен для клиентов, имеющих детей и испытывающих к ним любовь и привязанность. Если, отвечая на наводящие вопросы, клиент демонстрирует негативную самооценку, психотерапевт должен отреагировать на это следующим образом: "Я в замешательстве. Вы хотите сказать, что если бы ваш ребенок подвергся сексуальному насилию, то в этом была бы его вина?" Такое заявление обычно вызывает бурное отрицание: "Конечно же нет!", на что психотерапевту следует мягко сказать: "Просто думайте об этом", — и затем провести серию движений глаз.

Такой подход может быть успешно применен к лечению как жертв сексуального насилия, так и ветеранов боевых действий. Например, один из ветеранов продолжал обвинять себя за то, что, когда командир приказал всем пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг не сделал этого и был убит. Понятно, что, если бы клиент вел себя иначе, он тоже был бы убит, но тем не менее он продолжал обвинять себя за то, что не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Психотерапевт спросил клиента: "Если бы это была ваша девятнадцатилетняя дочь, что бы вы велели ей делать?" "Пригнуться", — ответил клиент. Психотерапевт предложил ему "просто думать об этом" и провел серию движений глаз. Ответная реакция продемонстрировала снижение чувства вины, после чего переработка была успешно завершена. У другого ветерана возможность простить самого себя за участие в войне (и неизбежно возникающем при этом чувстве вины за смерть других людей) возникла после того, как психотерапевт спросил его: "Могли бы вы простить своего сына, если бы ему пришлось воевать во Вьетнаме?"

Такой подход не только позволяет связать дисфункциональный материал с существовавшими ранее узловыми точками соответствующей информации, но и часто открывает возможность самопринятия на новом, чрезвычайно глубоком уровне. На таких сеансах клиенты нередко плачут, вспоминая свои страдания и изолированность, испытанные после пережитой в детстве или юности травмы. При этом изменяется восприятие самого себя и клиент считает себя уже не "плохим ребенком", а травмированным и запуганным, в результате чего возникает чувство почти родительской заботы о своем травмированном "Я". На этой стадии психотерапии в сознании клиента может спонтанно возникать образ самого себя как ребенка. Так же, как в других формах психотерапии, клиент, поощряемый психотерапевтом, может предлагать поддержку этому запуганному

ребенку, чтобы тот почувствовал безопасность, понимание и покровительство. После этого можно начинать проводить дополнительные серии движений глаз.

Метафора / аналогия

Использование аллегорических историй вполне совместимо с техникой ДПДГ и способствует установлению связей с более адаптивным материалом. С помощью вымысла, фантазии, историй или примеров из жизни самого психотерапевта могут быть проведены параллели с реальной ситуацией клиента, а использование серий движений глаз позволяет завершить переработку информации. Но помните, что сеанс не будет завершен до тех пор, пока клиент не сможет обращаться к травматическому материалу без возникновения беспокойства. Такое вмешательство может быть эффективным и при необходимости сдвинуть с мертвой точки заблокированную информационно-перерабатывающую систему. *После завершения переработки с помощью той или иной формы когнитивного взаимопереплетения можно в полной мере применять стандартную процедуру ДПДГ.*

“Давайте представим себе”

Предложение представить возможную положительную альтернативу проблеме часто приводит к прорыву через чувство страха или беспокойства, вызываемого рентными установками. Поскольку цель когнитивного взаимопереплетения состоит в том, чтобы позволить клиентам принять саму возможность изменений, гибкий и ни к чему не обязывающий подход дает клиенту чувство безопасности и способствует установлению необходимых связей. Например, если клиент не способен выразить реальные чувства по отношению к авторитетному для него человеку, психотерапевт может сказать: “Давайте представим, что будет, если вы сможете сказать ему все, что думаете?” Если ответ клиента демонстрирует адекватное отношение, психотерапевт может продолжить: “Хорошо. А сейчас представьте себе, что вы действительно сказали это”, — и провести серию движений глаз.

Такой подход также применяется для того, чтобы помочь клиенту, зафиксировавшемуся на вызывающей беспокойство сцене из прошлого. В приведенном ранее фрагменте психотерапевтического сеанса клиентка увидела, как она ударила насильника. Если переработка блокируется, психотерапевт может провести серию движений глаз, предварительно предложив клиенту представить себе совершение подобного действия. Психотерапевт может либо сам указать клиенту это действие, либо (что предпочтительнее) предложить клиенту представить новый, необычный для него способ поведения, спрашивая: “Если насильник попытается снова сделать нечто подобное, что вы предпримете?” В то время как клиент представляет себе новую сцену события, психотерапевт проводит серию движений глаз.

Сократический метод

Психотерапевт может применять сократический метод, чтобы направить в необходимую сторону мыслительные процессы клиента. В этом проверенном

временем подходе используется серия вопросов, на которые довольно легко дать ответ, что позволяет привести человека к определенному логическому умозаключению. Сократический метод может быть весьма полезным дополнением к технике ДПДГ. Он помогает клиенту осознать недостатки в его развитии или в том влиянии, которое оказывали родители в процессе воспитания, и позволяет понять, что он не может быть виновным за в прошлые события. Приводимый ниже диалог показывает, как сократический метод применяется на практике. На этом этапе общения с психотерапевтом клиентка заявляет, что виновна в дисфункциональных отношениях с отцом в детстве.

Клиентка: Я испытываю чувство вины за то, что все не сложилось по-другому.

Психотерапевт: А кто ответственен за то, что все не сложилось по-другому?

Клиентка: Мы оба.

Психотерапевт: В каком смысле?

Клиентка: Чувства, которые у меня тогда были, отражали мое состояние. Когда я испытывала гнев, то могла сказать ему, что я думаю о происходящем.

Психотерапевт: Как ваш отец обычно реагировал на такие проявления гнева?

Клиентка: Не знаю. Я никогда не испытывала гнева по отношению к нему.

Психотерапевт: Приходилось ли вам видеть такой гнев со стороны других людей?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: Что, никто никогда не сердился на него?

Клиентка: Нет.

Психотерапевт: А откуда вы знаете, что смогли бы сделать то, о чем говорите?

Клиентка: Действительно, я не могу знать это. Но думаю, что могла бы.

Психотерапевт: Хорошо. А как вы пришли к мысли, что ваши отношения могли бы быть другими? Ведь вас никто не учил ничему другому.

Клиентка: Да, действительно.

Психотерапевт: Думайте об этом (*проводит серию движений глаз*).

Такой диалог между психотерапевтом и клиентом следует проводить в исследовательском духе, а не как словесную борьбу спорящих противников. Необходимо открыть новые информационные связи, которые не были бы пугающими для клиента. Любые намеки на манипулятивность или навязчивость, скорее всего, причинят лишь вред процессу психотерапии.

Ассимиляция

Когнитивное взаимопереплетение используется для выхода из замкнутого круга отреагирования или для разблокирования приостановившейся переработки, позволяя произойти ассимиляции новой информации для ее использования в новых, более адекватных формах будущего поведения. Как уже отмечалось, первичными точками фокусировки при переработке воспоминаний у жертв психических травм являются информационные плато, связанные с проблемами ответственности, безопасности в настоящее время и возможности выбора как в

настоящем, так и в будущем. Если предложенные здесь варианты процедур используются, чтобы помочь клиенту достичь первого информационного плато, связанного с ответственностью, переработка может спонтанно происходить до тех пор, пока не будет достигнуто разрешение. В иных случаях после определения ответственности с помощью внешнего воздействия психотерапевт сможет наблюдать, как эмоциональное беспокойство клиента будет постепенно ослабевать, снижаясь от чувства ужаса к чувству страха. При этом может появиться необходимость задать клиенту новые наводящие вопросы, помогая достичь информационного плато безопасности.

При работе с жертвами сексуального насилия психотерапевту необходимо предварительно определить, может ли в настоящее время насильник быть опасным для пациента. Если нет, то эта информация может быть использована для достижения клиентом второго информационного плато. Если насильник уже умер, живет на большом расстоянии или по иным причинам не может представлять опасности, психотерапевт спрашивает клиента: “Может ли он сейчас причинить вам какой-либо вред?” Если клиент говорит “нет”, с ним проводится дополнительная серия движений глаз. В ином случае психотерапевт применяет другие подходы для формирования у клиента убежденности, что в настоящее время для него нет никакой опасности. Чтобы привести клиента к такому убеждению, психотерапевт может использовать сократический метод, показывая принципиальные различия между прошлым, когда происходило травматическое событие, и нынешней ситуацией. Может быть использована и работа с образами, демонстрирующая разницу в высоте фигур клиента и насильника, которая сейчас совершенно не такая, как была в детстве, во время травматического события.

Вербализация

На этой стадии психотерапии, когда страх уже переработан, клиент часто испытывает чрезвычайно сильное чувство омерзения и гнева по отношению к насильнику. Полезно заставить клиента намеренно выразить этот гнев (“Это ты виноват в том, что произошло. Ты не должен был так поступать со мной”). Ранее, в главе 7, мы уже приводили советы, связанные с возникающей у клиента напряженностью в области рта и горла — это верный признак потребности выразить свои чувства. Если психотерапевт считает необходимым применять когнитивное взаимопереплетение, он может поощрять вербализацию на основе эмоционального состояния клиента, подсказывая ему подходящие слова. Когнитивное взаимопереплетение усиливает чувство безопасности, а способность к вокализации может помочь в полной мере проявить свои эмоции. Приводимый ниже фрагмент стенограммы психотерапевтического сеанса демонстрирует применение такого подхода в случае клиентки, испытавшей сексуальные домогательства со стороны дяди.

Клиентка: У меня возникло еще одно воспоминание. О том, как он держал меня за голову.

Психотерапевт: Как вы чувствуете себя сейчас?

Клиентка: Нормально. Сердце бьется немного учащенно.

Психотерапевт: Хорошо, просто отмечайте это (*проводит серию движений глаз*).

Клиентка плачет.

Психотерапевт: Что вы почувствовали?

Клиентка: Я думала о том, почему мои родители не позаботились обо мне.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Все та же мысль, в особенности она относится к отцу. Почему он не позаботился обо мне?

Психотерапевт: Отметьте это чувство (*проводит серию движений глаз*). Что вы чувствуете сейчас?

Клиентка: Отвращение и гнев по отношению к отцу.

Психотерапевт: Отметьте эти чувства (*проводит серию движений глаз*). Что вы чувствуете сейчас?

Клиентка: Еще больший гнев по отношению к дяде. Почему он так поступил?

[Спрашивая клиентку о ее чувствах, психотерапевт предлагает ей выразить словами свои эмоции.]

Психотерапевт: Если слова будут возникать спонтанно, позвольте им проявиться — про себя или вслух.

Клиентка: Что я должна сказать ему?

Психотерапевт: Выскажите все, что чувствуете по отношению к его поступку. Если вам не хочется говорить этого вслух, скажите про себя. Когда вы закончите, поднимите руку и дайте мне знак. Просто выскажите все, что вы хотели бы ему сказать.

Клиентка: Хорошо.

[Дальнейший диалог продолжался во время выполнения последующих серий движений глаз. Психотерапевт поощряет клиентку вербально и невербально.]

Психотерапевт: Просто выскажите все, что вы хотели бы сказать.

Клиентка: Я ненавижу тебя, сукин сын.

Психотерапевт: Хорошо.

[Психотерапевт подбадривает клиентку, поощряя ее выразить свои чувства.]

Клиентка: (*насильнику*) Как мог ты, сукин сын, сделать такое с пятилетней девочкой?

Психотерапевт: Правильно, правильно.

Клиентка: Это нечестно!

Психотерапевт: Правильно.

Клиентка: Это жестоко!

Психотерапевт: Кто виновен в этом?

[Психотерапевт использует когнитивное взаимопереплетение, чтобы усилить у клиентки нынешнюю, взрослую точку зрения на происшествие.]

Клиентка: Он виновен.

Психотерапевт: Хорошо. Скажите ему это.

Клиентка: (*насильнику*) Ты разрушил все мое детство! Как ты мог это сделать? Как ты мог?

Психотерапевт: Скажите ему, что вы чувствуете.

Клиентка: (*насильнику*) Я ненавижу тебя!

Психотерапевт: Правильно!

Клиентка: (*насильнику*) Я ненавижу, ненавижу тебя! Я желаю твоей смерти!

[Клиентка высказывает это с особой силой и своим тоном дает понять, что разговор окончен. Поэтому психотерапевт прекращает движения глаз, чтобы обратиться к возможным проявлениям дисфункциональных эмоций или представлений, сопутствующих заявлению клиентки. Возможность проявления таких эмоций и представлений мы обсудим позднее.]

Психотерапевт: Что вы чувствуете сейчас?

Клиентка: Я чувствую себя хорошо.

Психотерапевт: Просто отмечайте это чувство. Если вы хотите сказать что-либо, скажите (*проводит еще одну длительную серию движений глаз*).

Клиентка: (*насильнику*) Я просто ненавижу тебя. Как же ты мог сделать такое?

Психотерапевт: Выскажите все.

Клиентка: Я никогда не могла высказать все, не могу и сейчас.

Психотерапевт: (*Прекращает движения, чтобы выяснить, что именно препятствует полному проявлению эмоций клиентки*). Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Я чувствую себя более раскрытой. Как будто моя грудная клетка может расшириться сильнее. А еще я чувствую, что моя голова набита какой-то ерундой.

Психотерапевт: Когда вы сказали, что “никогда не могли высказать все” и “не можете и сейчас”, что вы подразумевали?

Клиентка: Я никогда не высказывала ему всего этого.

Психотерапевт: А что было бы, если бы вы могли сделать это?

[Психотерапевт пытается выяснить убеждения клиентки, чтобы применить когнитивное взаимопереплетение. Это не означает, что клиентке предлагается идти на прямой конфликт с насильником. Все это будет подробно обсуждаться после завершения курса психотерапии.]

Клиентка: Он бы стал отпираться, говоря, что ничего этого не было.

Психотерапевт: И что? Вы так и не смогли бы сказать то, что хотели?

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Но сейчас у вас есть возможность сказать все.

Клиентка: Да.

Психотерапевт: А если он будет отпираться и все отрицать?

Клиентка: Он действительно будет все отрицать.

Психотерапевт: Однако это не спасет его.

Клиентка: Да, да, конечно.

Психотерапевт: Просто думайте обо всем этом (*проводит для клиентки серию движений глаз*).

[На этом применение когнитивного взаимопереплетения завершается.]

Психотерапевт: Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Я ощущаю небольшое напряжение в голове — вот здесь, вверху справа.

Психотерапевт: Отметьте это ощущение (*проводит серию движений глаз*). Что вы сейчас чувствуете?

Клиентка: Сейчас здесь (*указывает на голову*) уже лучше.

Психотерапевт: Отметьте это ощущение (*проводит серию движений глаз*).

Клиентка: Как будто что-то хлопнуло у меня в голове.

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Что вы чувствуете сейчас?

Клиентка: Все хорошо. Такое чувство, что я прорвалась через препятствие.

Психотерапевт: Хорошо. Отметьте это чувство (*проводит серию движений глаз*).

Клиентка: Мне пришла в голову мысль, связанная с матерью. Она постоянно злилась и кричала на меня, и у меня в то время действительно не было возможности рассказать кому-либо о случившемся.

Психотерапевт: (*Задает проясняющий вопрос*). Вы говорите, не было возможности никому рассказать о поступке дяди?

Клиентка: Да.

Психотерапевт: Думайте об этом (*проводит серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Еще больший гнев на мать. И слова: “Сейчас я чувствую себя в большей безопасности”.

Психотерапевт: Хорошо. Сосредоточьтесь на этом (*проводит серию движений глаз*). Что возникает у вас сейчас?

Клиентка: Слова: “Я чувствую себя в большей безопасности и могу уснуть без чувства страха”.

[Психотерапевт проводит дополнительную серию движений глаз для усиления положительного представления.]

Как видно из этого фрагмента стенограммы, когда психотерапевт предлагает клиентке сказать или сделать то, что ранее она сделать не могла, это часто способствует достижению разрешения и повышению чувства собственной безопасности и контроля происходящего. Вначале клиентка могла произносить слова про себя во время выполнения движений глаз, но психотерапевт поощрял ее постепенно начать говорить вслух, все громче и громче, чтобы по тону голоса оценить уровень эмоций. В качестве альтернативы психотерапевт может предложить клиентке представить все то, что она хотела бы сказать насильнику в том случае, если бы тот проявил домогательства к ее подруге. Было отмечено, что клиентке часто бывает легче защищать подругу, чем себя. Клиентке было предложено произнести вслух все, что она могла бы сказать в этом случае, а затем заменить образ подруги на образ самой себя. Приводимый ниже фрагмент показывает применение такого подхода к жертве изнасилования.

Психотерапевт: Что бы вы хотели сказать преступнику?

Клиентка: Я не знаю (*проявляет признаки смущения и страха*). Я не могу защитить себя.

Психотерапевт: Если бы он напал на вашу лучшую подругу, что бы вы говорили, пытаясь защитить ее?

Клиентка: (*преступнику*). Стой, отойди от нее! Ты не имеешь права...

Психотерапевт: (*Проводит серию движений глаз*). Хорошо. Давайте попробуем еще раз.

Клиентка: Стой, отойди от нее! Ты не имеешь права делать это!

[Психотерапевт повторяет ободряющие слова и проводит дополнительные серии движений глаз, пока тон голоса клиентки не становится более твердым. Когда она начинает проявлять все большую эмпатию при защите подруги, психотерапевт продолжает серии движений глаз и предлагает клиентке несколько изменить характер ее слов.]

Психотерапевт: А сейчас давайте попробуем сказать так: “Отойди от меня!”

Клиентка: (*преступнику*). Отойди от меня! Ты не имеешь права делать это!

[Психотерапевт продолжает ободрять клиентку и проводит серии движений глаз до тех пор, пока интонации ее не становятся действительно твердыми и уверенными.]

Довольно часто клиентка в таких ситуациях начинает попытки вербализации нерешительно, что указывает на высокую степень страха и запуганности. По мере того как при вербализации продолжаются серии движений глаз, ее страх постепенно рассеивается, а тон голоса становится более твердым и исполненным силы. Психотерапевту следует предложить ей повторять слова до тех пор, пока гнев не будет выражен с чувством уверенности и обоснованности.

Особенно полезно выражать словами свои чувства при заблокированной переработке. Даже в случаях, когда отсутствие родительской заботы или униженность не влияют на степень сексуальных домогательств или нанесенных телесных повреждений, сдерживаемые страх и гнев могут истощать силы клиентки. Неспособность выразить свои чувства должна быть избрана предметом воздействия. Если, по словам клиентки, нечто сдерживает ее и блокирует процесс, эти проявления должны быть избраны предметом воздействия. По мере снижения страха способность клиентки высказываться с максимальным гневом придает новые силы. Часто клиенты, поощряемые к самопроявлению во время серий движений глаз, начинают декларировать свою независимость от родителей. Движения глаз продолжаются по мере того, как психотерапевт предлагает развивать эти слова и повторять их до тех пор, пока они не будут произноситься твердым и уверенным голосом. Возникающие вследствие этого чувства часто описываются клиентами как достижение полной взрослости и освобождения от влияния родителей. Такое разрешение позволяет достичь адаптивного примирения с самим собой, так как запас дисфункциональных эмоций исчерпан.

Естественно, для того чтобы выбрать подходящий момент для таких подсказок, необходима психотерапевтическая интуиция. Следует убедиться, что у клиента есть достаточное когнитивное понимание природы своего гнева или что он по крайней мере может что-либо спонтанно сказать о значении этого гнева. В зависимости от слуховых или визуальных проявлений чувств клиента психотерапевт может поощрять его. Гнев, не имеющий возможности проявиться на протяжении всей жизни, может сильно пугать человека. Следует объяснить, что

подавленный гнев — это проявление бессильной ярости ребенка, заблокированное в его нервной системе. Психотерапевт может при этом сказать следующее: “Все это — тоже просто пейзаж, проносящийся за окном поезда, в котором вы едете”.

Вне зависимости от причин возникновения гнева и от слов, избранных для его выражения, психотерапевту следует проявлять свое согласие с клиентом с помощью невербальных знаков и выражений типа “Да, правильно”, помогая таким образом процессу словесного выражения эмоций. Это справедливо как в тех случаях, когда гнев клиента направлен на преступника, так и когда он обращен на родителей, не обеспечивших достаточную защиту. Психотерапевту следует позволить клиенту проявить свой гнев в полной мере, не пытаясь изменять его направленность. В этот момент любые дискуссии о том, почему родители не смогли защитить и оказать поддержку, не только нежелательны, но и бесполезны. По мере продолжения процесса переработки у большинства клиентов возникает более умеренное и здравое восприятие травматического события. Однако, так же как и в других случаях, при использовании ДПДГ клиенту следует позволить взять на себя лидирующую роль в процессе обретения взрослого взгляда на вещи, тем более если устранены все препятствия, блокировавшие этот процесс. Адекватное обсуждение и проверка экологической валидности непременно должны дополнять каждый сеанс ДПДГ.

В некоторых случаях первой эмоцией, которую клиент выражает словами, оказывается чувство горя. Столкнулся ли человек с утратой любимого человека или же с утратой детской невинности — в любом случае его следует поощрить как можно полнее выразить чувство горя. Роль невысказанных слов особенно важна при работе с ветеранами войны во Вьетнаме. Хотя первоначальной травматической сценой может быть ситуация, когда лучший друг пациента подорвался на мине, у него довольно быстро могут всплывать воспоминания о смерти родителей, заставляя его говорить: “Я не способен перенести боль разлуки...”. Используя когнитивное взаимопереплетение, психотерапевт помогает клиенту визуализировать образ родителей и выразить свои эмоции по мере выполнения серий движений глаз до тех пор, пока у клиента не возникнет чувство покоя, которое необходимо усилить с помощью дополнительных серий движений глаз.

Хотя некоторые из этих аспектов ДПДГ могут показаться близкими определенным техникам гештальт-терапии, в них всегда добавляются серии движений глаз, что обычно вызывает у клиента глубокие и устойчивые изменения. Я считаю, что если психотерапевт во время сеанса ДПДГ будет оставаться “полностью присутствующим” — то есть сострадающим, осознающим и восприимчивым к переживаниям клиента, — то он сможет увидеть в протекании сеанса практически все основные подходы современной психологии. Специфические действия клиента или особые формы сосредоточения его внимания во время сеанса ДПДГ поощряются для того, чтобы намеренно вызвать те проявления, которые у других клиентов возникают при эффективной переработке спонтанно — многие индивиды спонтанно проявляют чувства любви, страдания, гнева или ненависти во время последовательных серий движений глаз. Поэтому мы поощряем других пациентов делать то же самое, чтобы путем стимулирования нейросетей разблокировать затормозившийся процесс переработки.

Повышение степени информированности клиента

Третье информационное плато связано со способностью клиента принимать адекватные решения, повышающие качество его жизни как в настоящем, так и в будущем. Понятно, что для многих клиентов детский опыт часто связан с чувствами бессилия, зависимости от дисфункциональной семьи и давлением со стороны взрослых, которому ребенок не имеет возможности сопротивляться. В целом детский опыт клиента, связанный с недостаточной безопасностью и отсутствием альтернатив, вполне достоверно отражает действительную ситуацию. ДПДГ-психотерапия направлена на то, чтобы разрешить отрицательные эмоции, связанные с прошлым (в том числе чувство низкого самоуважения), позволяя клиенту обрести более адекватное отношение к себе как к взрослому сильному человеку. Например, клиенткам, перерабатывающим детские воспоминания о сексуальных домогательствах и отмечавшим, что результатом такого детского опыта был страх перед мужчинами и невозможность установления достаточно длительных отношений, можно задать вопрос: "Как вы воспринимаете слова: "Будучи взрослым человеком, я сейчас могу сама выбирать, с кем мне встречаться"". Даже частичного подтверждения клиентки достаточно для начала последовательных серий движений глаз, сосредоточенных на любых чувствах страха или напряженности. Дополнительные серии движений глаз могут быть сосредоточены на проявлении новых форм поведения.

Понятно, что во многих случаях необходимо провести беседы об эффективном социальном функционировании, самоутверждении, нормах поведения и т.п., чтобы помочь клиентам усвоить необходимую информацию на когнитивном уровне и представить себе соответствующие формы поведения (те поступки, которые могли бы быть естественным результатом обретаемого понимания). После этого можно начинать последовательные серии движений глаз. Как уже описывалось в главе 8, такая процедура помогает клиентам реалистически представить себе свои действия, прежде чем пытаться совершать их в реальной жизни. Однако принятие положительного примера не может произойти до тех пор, пока не будет переработан и метаболизирован остаточный первичный страх, связанный с воспоминаниями раннего детства. До тех пор пока клиент не почувствует соответствия положительному самопредставлению "Как взрослый человек, я имею возможность выбора", оцениваемому в 7 баллов по Шкале соответствия представлений, может быть достигнут лишь незначительный поведенческий успех. Психотерапевту следует идентифицировать соответствующие предметы воздействия и блокирующие убеждения, мешающие достижению полного соответствия самопредставлению. Однако если клиент сообщает о соответствии представления в 6 баллов (или даже меньше), объясняя это недостатком знаний и неопытностью, психотерапевту необходимо признать экологическую валидность такой реакции и предпринять соответствующие шаги по повышению информированности клиента.

В этом случае может использоваться когнитивное взаимопереплетение, при котором психотерапевт будет чередовать серии движений глаз со словесными указаниями и работой с воображением. Клиенту можно давать различные инструкции, связанные с отдельными задачами, предлагая представить себе выполнение этих задач, а затем проводя дополнительные серии движений глаз. Однако психотерапевт должен быть готов к тому, что клиент будет вспоминать прошлые события, вызывающие беспокойство. Такие воспоминания должны избираться предметом воздействия, а проведение информирующих бесед следует

временно приостановить до тех пор, пока возникшее травматическое воспоминание не будет полностью переработано.

Когнитивное взаимопереплетение позволяет психотерапевту проявить более творческий подход, включая хорошо знакомые методы психотерапевтического воздействия в рамки ДПДГ-психотерапии. Например, психотерапевт, имеющий опыт работы с творческой визуализацией, может провести клиента через образ "внутреннего ребенка" или через какую-либо иную форму символического самоисследования. Психотерапевты, чей опыт в большей мере связан с двигательной психотерапией или творческим самовыражением, могут предложить клиенту работу в русле этих подходов. В дальнейшем психотерапевты, обладающие опытом работы с отдельными специфическими типами клиентов, смогут помогать им достичь большего понимания своих проблем перед тем, как предлагать ассимилировать эмоционально корректирующий материал с помощью серий движений глаз. Ускоренная переработка и ассимиляция информации могут быть завершены с помощью стандартной процедуры ДПДГ. При этом серии движений глаз можно чередовать с индивидуальными формами творческой работы, в то время как различные варианты когнитивного взаимопереплетения используются для раскрытия возникших в процессе отреагирования блоков.

Кроме того, психотерапевту следует завершать полную процедуру, включая повторное обращение к первоначальному предмету воздействия, путем проведения дополнительных серий движений глаз, определяя наличие дополнительной дисфункциональной информации и затем проводя инсталляцию положительного самопредставления, а также сканирование тела. Это помогает убедиться в полной переработке дисфункциональной информации и в том, что она не помешает клиенту в будущем, вызывая неадекватное беспокойство. Как всегда, психотерапевту необходимо использовать записи в дневнике клиента для оценивания эффективности лечения.

Практика под наблюдением

Более продвинутая стимулирующая форма ДПДГ, описанная в данной главе, не должна применяться до тех пор, пока психотерапевт в полной мере не освоится со стандартным протоколом ДПДГ и с основными формами ответной реакции клиентов на психотерапевтическое вмешательство, описанными в главах 7 и 9. После этого он сможет применять когнитивное взаимопереплетение для достижения положительного разрешения в наиболее трудных случаях.

Итоги и выводы

Психотерапевту необходимо использовать когнитивное взаимопереплетение при феномене "мертвой петли" и других проявлениях заблокированности переработки, в случае недостаточной генерализации эффектов лечения, для усвоения клиентом необходимой информации и для снижения интенсивности отреагирования либо для работы с многосторонними целями воздействия, когда времени психотерапевтического сеанса оказывается недостаточно для достижения положительного разрешения. Согласно предложенной нами модели, психотерапевт вызывает информацию, создающую связь между необходимыми нейросетями, что позволяет проявиться новой адаптивной перспективе, приходящей на смену

прежней, имевшей дисфункциональный характер. Три специфических информационных плато, которых в процессе переработки клиент достигает с помощью психотерапевта (что особенно важно, если клиент является жертвой детской травмы), связаны с проявлениями ответственности, безопасности и возможности выбора.

Разнообразные подходы позволяют психотерапевту вызвать необходимый материал и затем, используя когнитивное взаимопереплетение, ввести его обратно в информационно-перерабатывающую систему клиента. Вне зависимости от используемого подхода важно добиться появления у клиента чувства обретения силы, что позволит после когнитивного взаимопереплетения снова обратиться к принципиально важной информации, убеждаясь, что клиент адекватно ее интегрировал.

Альтернативные стратегии могут применяться для повышения уровня информированности клиентов, страдающих от недостатка образованности, или для обращения к уже усвоенной информации. Согласно предлагаемой модели ускоренной переработки, адаптивная информация, содержащаяся в нейросетях, должна быть намеренно связана с травматическим материалом, избранным предметом воздействия. Например, клиент с пониженным чувством собственного достоинства может достичь понимания, что ребенок не несет ответственности за сексуальные домогательства со стороны взрослого. Когнитивное взаимопереплетение поможет клиенту открыть для себя новую адаптивную перспективу, снижая таким образом вызванные травматическим опытом чувство вины и невозможность достичь примирения с собой.

Однако за исключением случаев, перечисленных в данной главе, психотерапевту следует воздерживаться от применения стимулирующей формы ДПДГ, так как прогресс клиента обусловлен его собственными возможностями. Ответы, возникающие у самого клиента, безусловно, дадут ему больше силы, чем ответы, предлагаемые психотерапевтом.

Поэтому когнитивное взаимопереплетение необходимо использовать разумно и лишь в тех случаях, когда это действительно необходимо, всегда помня, что клиент может отвергнуть то, что ему предлагает психотерапевт, и что сам психотерапевт может ошибаться. Когнитивное взаимопереплетение должно применяться гибко, с сохранением исследовательского подхода, чтобы у пациента всегда сохранялась возможность высказать любые мысли и возражения. Эта более продвинутая стимулирующая форма ДПДГ необходима для достижения успеха в лечении особенно сложных клиентов, испытывающих высокий уровень беспокойства. Более того, такой подход лучше всего демонстрирует интерактивную природу ДПДГ-психотерапии, в которой клиенту предлагается высказывать свои тревоги и потребности, активно участвуя в создании положительных примеров, которые будут затем использованы в будущем.

11. ПСИХОТЕРАПИЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КЛИЕНТОВ

> Большинство из нас утратило то чувство единства биосферы и человечества, которое связывало всех, утверждая чувство красоты. Сегодня уже мало кто считает, что вне зависимости от того, какими могут быть взлеты и падения наших ограниченных переживаний, превосходящее всех нас целое изначально прекрасно.
>
> *Грегори Бейтсон*

Психотерапевту важно помнить, что ДПДГ можно применять не ко всем клиентам. Хотя эта техника широко используется при лечении посттравматического синдрома, критерии для отбора клиентов, обсуждавшиеся в главе 4, заранее исключают использование ДПДГ для определенных жертв психических травм. ДПДГ основана на модели ускоренной переработки информации, в которой подчеркивается важная роль детского опыта как в этиологии дисфункциональности, так и в ее лечении. Но не следует считать, что патологии, имеющие органическую или биохимическую основу, также могут быть вылечены с помощью ДПДГ. Поэтому маловероятно, чтобы ДПДГ можно было применять для лечения клиентов с активными психозами или эндогенными депрессиями. Напомним еще раз, что индивидуальная оценка опытного психотерапевта важнее формального диагноза. Факторы, связанные с переживаниями пациента и существенно влияющие на общую дисфункциональность, поддаются лечению с помощью ДПДГ во всех случаях, даже если некоторые аспекты патологии клиентов и не могут быть вылечены с помощью этой техники. Хотя техника ДПДГ эффективна при работе с различными диагнозами, иногда могут потребоваться дополнительные протоколы и специальные режимы лечения.

Данная глава поможет психотерапевту определить проблемы, проявляющиеся у специфических типов клиентов. Существуют определенные паттерны ответной реакции, особенно важные при фокусированном использовании техники ДПДГ. Знание этих паттернов поможет психотерапевту правильно избрать предмет воздействия и применить необходимый тип когнитивного взаимопереплетения.

Мы приводим общие соображения, необходимые при работе с отдельными типами клиентов, однако этот обзор не является исчерпывающим. Поэтому психотерапевтам не следует использовать технику ДПДГ для работы с тем типом клиентов, с которыми они раньше никогда не сталкивались.

Случаи несогласия клиента

Вне зависимости от того, к какому типу принадлежит тот или иной клиент, отдельные индивиды могут оказывать особенно сильное сопротивление любым изменениям. Естественно, сопротивление процессу лечения возможно при любой форме психотерапии. Ниже перечислен ряд принципов работы в случае возникновения сопротивления со стороны клиента, полезность которых проверена на практике.

1. *Ограниченность возможностей психотерапевта не следует истолковывать как ограниченность клиента.* Часто психотерапевт считает проявлениями сопротивления клиента то, что в действительности связано с ограниченностью его собственной теоретической модели, набора средств воздействия и способностью взаимодействовать с клиентом. Хотя сопротивление клиента и отказ выполнять рекомендации психотерапевта могут быть препятствием для дальнейшей работы, которое необходимо преодолевать, не следует преуменьшать значение взаимодействия между психотерапевтом и клиентом, оказывающим заметное влияние на психотерапевтический эффект.

Для достижения полноценного эффекта при использовании ДПДГ психотерапевт должен быть способным: 1) установить необходимую степень раппорта, позволяющую клиенту чувствовать себя комфортно при повторном переживании различных аспектов травматического воспоминания; 2) точно идентифицировать необходимые цели воздействия; 3) использовать интуитивные прозрения для успешного завершения переработки; 4) предоставить клиенту всю необходимую информацию, связанную с тем, как самостоятельно справляться со стрессом и социальными факторами; 5) предложить при необходимости соответствующие положительные примеры.

К счастью, центрированный на клиенте подход позволяет провести большую часть работы в кабинете психотерапевта, лишь иногда прибегая к выполнению домашних заданий в период между сеансами. Поэтому при отсутствии непроработанных факторов, вызывающих у клиента сопротивление и отказ выполнять рекомендации психотерапевта, эти препятствия можно считать результатом негибкости психотерапевтического подхода. В этом случае необходимо провести более тщательную подготовку клиента и правильно избрать предмет воздействия.

2. *В определении цели психотерапии должны принимать участие как клиент, так и психотерапевт*. Положительный или отрицательный результат любой психотерапии основан на взаимодействии между клиентом, психотерапевтом и самим методом. Частью такого взаимодействия является правильное избрание предмета воздействия, одобренное как психотерапевтом, так и клиентом. Если клиенту предлагается повторно пережить беспокоящие аспекты травматического воспоминания, избранного предметом воздействия, то это делается для того, чтобы они стали приемлемыми для него. И хотя положительный результат лечения не гарантирован, клиент решается пройти курс психотерапии и пережить возможный дискомфорт при переработке, надеясь освободиться от последствий психологической травмы. Клиенту необходимо признать потенциальную возможность положительного эффекта, чтобы согласиться с дискомфортом, который может возникнуть при переработке. Отрицательные последствия отказа клиента выполнять рекомендации психотерапевта следует честно и откровенно обсудить с ним.

Пациенту необходимо одобрить цели, предложенные психотерапевтом, а психотерапевт должен оценить уместность целей, высказанных клиентом. Например, предложенная клиентом цель “никогда не испытывать гнев во время ведения машины” скорее всего нереалистична и является частью неадекватной самооценки “Я не могу достичь успеха”, лежащей в основе отказа выполнять рекомендации психотерапевта. В этом случае клиенту следует помочь осознать, что его сопротивление психотерапевту препятствует достижению целей, которые были избраны ими совместно, а вовсе не навязаны психотерапевтом.

3. *Несогласие с психотерапевтом рассматривается как часть психопатологии*. Если цели психотерапии были определены совместными усилиями психотерапевта и клиента, несогласие можно рассматривать как часть патологии, нуждающуюся в лечении. Учитывая это, необходимо обсудить все возможные последствия несогласия клиента.

Причины несогласия могут быть связаны со страхом неудачи, боязнью достижения успеха, а также страхом перед предстоящим прекращением курса психотерапии. Для того чтобы правильно оценить ситуацию, следует задать вопрос: "Что произошло бы, если бы вам обычно сопутствовал успех?" Определив характер страхов клиента, можно применять ДПДГ для переработки любых остаточных ощущений, чувства напряженности или сопротивления. Однако если не будут идентифицированы и переработаны рентные установки, психотерапевтический успех окажется весьма незначительным.

4. *Необходимо правильно определить приоритетность целей воздействия*. Принципиально важен порядок избрания и переработки целей воздействия. Например, воспоминания, связанные с недостатком самоуважения, должны перерабатываться до того, как будет начата переработка воспоминаний, связанных со страхом неудачи. Если же не переработаны блокирующие убеждения, психотерапевтический эффект будет минимальным.

ДПДГ предполагает непосредственное обращение к соответствующим страхам клиента. Если проявившийся страх основан на реальных причинах, работа с ним должна быть предусмотрена планом лечения до того, как будет начата переработка дисфункциональности; например, если клиент опасается лишиться пособия по нетрудоспособности в результате излечения от посттравматического синдрома, психотерапевту необходимо разработать для него план новых способов получения средств к существованию. После разъяснительных бесед с клиентом и разработки плана лечения остаточные проявления страхов или сопутствующие им убеждения (например, "Я не смогу достичь успеха даже в том случае, если приложу все усилия") можно рассматривать как подходящие цели воздействия. После их переработки можно более эффективно воздействовать на травматическое воспоминание.

5. *Страх, лежащий в основе несогласия клиента, может быть основан на предшествующем жизненном опыте*. Психотерапевту следует оценить степень несогласия клиента с точки зрения его общего мировосприятия (например, "Жизнь — это страдание"), влияния родителей (или потребность оставаться лояльным к родителям, разделяя их страдания), а также потребности в манипулировании другими людьми для обретения власти над ними. После переработки воспоминаний, на которых основаны проявления несогласия клиента, необходимо приступить к переработке нынешних раздражителей, вызывающих отрицательные эмоции или соответствующее поведение. Кроме того, необходимо предложить пациенту положительные примеры для возможных будущих действий. При работе с проявлениями сопротивления клиента можно предложить ему представить, как он выполняет задание более легко и комфортно. ДПДГ-психотерапия открывает перед клиентом возможность новых, более адекватных форм поведения и позволяет переработать любые остаточные формы дискомфорта.

6. *Психотерапия должна быть гибкой*. Записи в дневнике клиента представляют собой чрезвычайно важную часть лечения. Если клиент не будет сообщать психотерапевту обо всех отрицательных чувствах и переживаниях, возникаю-

щих в результате переработки, то дальнейшее обращение к предметам воздействия может оказаться неэффективным. Ирония состоит в том, что за исключением случаев, когда клиент вообще отказывается от лечения, записи в дневнике могут оказаться основной причиной его несогласия с психотерапевтом и отказа от лечения. Поэтому записи в дневнике можно использовать как цель воздействия. В частности, клиент может представить себе, как он делает записи, отмечая возникающее чувство сопротивления этой задаче, отрицательные представления и воспоминания. В таком случае все эти чувства и отрицательные представления сразу же подвергаются переработке. Можно провести специальный сеанс ДПДГ, чтобы утвердить положительные примеры, связанные с будущим ведением записей в дневнике (или записывание своих впечатлений на магнитофон либо рисование беспокоящих факторов). О результатах клиент сообщит психотерапевту при получении нового домашнего задания. Надежными признаками достижения психотерапевтического эффекта могут считаться только поведенческие изменения, проявляющиеся за пределами кабинета психотерапевта.

Другой пример несогласия клиента с психотерапевтом — неудача в использовании релаксационной аудиозаписи. В этом случае необходимо исследовать возможность применения альтернативных способов релаксации. Однако большинство альтернативных способов релаксации дают эффект лишь при гибком творческом подходе.

Подводя итоги, можно сказать, что, сталкиваясь с проявлениями несогласия со стороны клиентов и их сопротивлением проводимой работе, психотерапевту следует избирать достаточно гибкие формы лечения, пока это сопротивление не будет разрешено. Часто этого можно достичь с помощью ДПДГ, так как большая часть работы происходит во время психотерапевтического сеанса. Однако в некоторых случаях достижению положительных изменений могут препятствовать твердые убеждения клиента. Например, большинство моих сопротивляющихся клиентов считали использование техник самоконтроля неуместным с точки зрения своих духовных убеждений. В этом случае я признавала данный фактор препятствием для успешной психотерапии и объясняла клиенту возможные последствия. Перед тем как приступать к психотерапии, мы совместно с пациентом вырабатываем соглашение, в котором, исходя из сущности заявленных клиентом жалоб, оговариваем, что мы реально можем сделать, а что нет. Однако если степень дисфункциональности клиента высока, я могу использовать рамки подхода ДПДГ только для теоретического выяснения сущности случая, его оценки, определения проблемной области и обеспечения общего руководства; использовать ДПДГ для переработки информации в таком случае нельзя. В распоряжении психотерапевта есть и другие методы, и технику ДПДГ следует использовать лишь в том случае, когда это возможно и действительно необходимо.

Дети

> Вся жизнь, кроме мгновения настоящего, — это только воспоминания, проходящие так быстро, что часто их трудно уловить.
>
> *Теннеси Уильямс*

Работа с детьми, кроме многих других приятных моментов, дает особое удовлетворение психотерапевту, так как он может наблюдать быстрое исчезновение “наследия” травматических воспоминаний, осознавая, что дети на многие годы освобождены от страданий и им не придется вовлекаться в ситуации, в которых снова будет повторяться травматический опыт. Чтобы быть уверенным в успешном применении ДПДГ при работе с детьми, психотерапевт должен уделить особое внимание созданию обстановки, психологически безопасной для ребенка. Необходимо определить способность устанавливать раппорт с ребенком и общаться с ним на языке, доступном его пониманию. Так же как и многие другие процедуры, ДПДГ не следует применять при работе с детьми до тех пор, пока психотерапевт не освоит эту технику.

На первоначальной стадии определения сущности случая полезно кратко обсудить с родителями проблему ребенка, а затем предложить им выйти из комнаты, чтобы ребенок сам рассказал о том, что его беспокоит. Такая процедура, состоящая из двух этапов, позволит сохранить авторитет родителей и дать ребенку возможность почувствовать, что все внимание психотерапевта обращено исключительно на него.

Для того чтобы ребенок максимально сосредоточился на предмете воздействия, желательно, чтобы во время сеанса ДПДГ родители отсутствовали. Но иногда, если у ребенка возникает страх и чувство покинутости, родителям необходимо присутствовать во время сеанса. В любом случае необходимо предпринять все усилия, чтобы создать у ребенка чувство максимального комфорта, когда он остается наедине с психотерапевтом, — можно, например, разрешить ему принести на сеанс ДПДГ свою любимую игрушку.

Хотя психотерапевту необходимо объяснить ребенку суть ДПДГ на понятном для него языке, все же не стоит говорить о ДПДГ как о волшебном средстве, исцеляющем все болезни, даже если ребенок сам будет подталкивать к этому, выражая свою реакцию словами типа “Дядя, вы волшебник...” и рассказывая о том, насколько хорошо он стал себя чувствовать после лечения. Лучше просто дать ребенку возможность обрести веру в способность к самоисцелению. Если же подчеркивается, что устранение отрицательных эмоций связано с самим методом или и компетентностью психотерапевта (например, “Я сделаю так, что все плохое пройдет...”), у ребенка скорее всего останется чувство собственного бессилия и зависимости от психотерапевта, что будет лишь препятствовать достижению положительного эффекта лечения.

Перед тем как начинать переработку дисфункционального материала, психотерапевту следует убедиться в том, что у ребенка есть образ “безопасного места”. Необходимо поддерживать у него чувство безопасности на протяжении всего времени выполнения движений глаз, используя положительные переживания. Например, психотерапевт может предложить ребенку вспомнить то время, когда он чувствовал себя хорошо, и представить, как бы он выглядел, чувствовал себя и действовал в таком положительном состоянии. Когда ребенок сумеет удерживать в сознании этот образ, необходимо проводить серии движений глаз до тех пор, пока он не почувствует себя лучше, так, как в воображаемой сцене. Такой положительный опыт позволяет ребенку обрести чувство доверия к процессу, так как у него сразу же будут возникать приятные ассоциации с процессом психотерапии.

Поскольку при работе с маленькими детьми психотерапевт обычно сталкивается в первую очередь с трудностями в концентрации внимания, длительность

среднего сеанса ДПДГ при работе с детьми должна составлять 45 минут, на протяжении которых движения глаз часто перемежаются с другими видами деятельности. Несмотря на относительно небольшую длительность, такой сеанс скорее всего будет достаточно эффективен, так как дети обычно реагируют на ДПДГ очень быстро.

Для усиления концентрации внимания ребенка стандартная процедура ДПДГ может видоизменяться. В частности, психотерапевту может потребоваться использовать многочисленные внешние раздражители в качестве точки фокусировки. Некоторые основные варианты процедуры, используемые при лечении детей, описаны ниже.

Конкретное определение чувств

Обычно дети не могут достаточно четко оценить свои чувства с помощью Шкалы субъективных единиц беспокойства. Поэтому психотерапевту следует предложить им показать жестами, насколько сильным является испытываемое ими чувство. Например, если ребенок держит руки на уровне груди, параллельно ручкам кресла, то это означает, что он чувствует себя “очень плохо, ужасно, очень боится” (могут быть использованы любые другие слова для описания негативных переживаний ребенка). Если ребенок сжимает руки, это означает, что он чувствует себя прекрасно — “как маленький зайчик”. Детей можно обучить достаточно точно сообщать об изменениях в эмоциональном состоянии, конкретно указывая на эти состояния. Например, если ребенок опускает руки низко к полу, это может быть признаком того, что его негативные эмоции не очень сильны, а если он поднимает руки на уровень плеч, это означает, что его страдания достаточно велики. Еще один способ — нарисовать на листе бумаги прямую линию со смеющимся лицом на одном конце и плачущим — на другом, предложив ребенку показать, где на этой линии находится сейчас он сам.

Слежение глазами

Чтобы помочь ребенку следить глазами за движениями пальцев психотерапевта, можно нарисовать на пальцах смеющие лица, использовать куклы или другие игрушки. Куклы пригодятся, когда для выполнения движений глаз психотерапевт использует обе руки. Это особенно полезно при работе с маленькими детьми. Если такому ребенку предложить нарисовать на листе бумаги прямую линию, то он начнет рисовать ее, посередине линии поднимет карандаш, а потом снова продолжит рисовать. Если делать движения одной рукой, то очень часто маленькие дети вертят головой вместе с движениями глаз. Это вполне приемлемо, и психотерапевтический эффект может быть достигнут, но следует все же попробовать добиться выполнения полномасштабных движений глаз.

Для детей, у которых проблемы со следящими движениями глаз связаны с дислексией, использование эллиптической формы движений диаметром около восьми сантиметров с сохранением обычной дистанции в 30—35 сантиметров от рук психотерапевта до глаз клиента может быть вполне эффективным. Дети, страдающие дислексией (так же как и пациенты другого возраста, страдающие этим заболеванием), не способны следить за движениями с большим диапазоном.

У детей с синдромом гиперактивности, вызванной дефицитом внимания, часто бывает защитная реакция на любые прикосновения, что приводит к чувству дискомфорта при возможных прикосновениях психотерапевта. Таким детям следует предложить выполнять движения глаз из стороны в сторону, от одной точки на стене к другой. Чтобы привлечь внимание ребенка, можно придать точкам форму цветных кругов или вырезанных из картона фигурок персонажей комиксов.

Удерживание внимания ребенка

Чтобы усилить вовлеченность ребенка при переработке травматического воспоминания, психотерапевту необходимо привлечь его внимание. Например, во время выполнения движений глаз можно напевать какую-нибудь приятную мелодию, покачиваясь в ритме этой мелодии, чтобы таким образом удерживать внимание ребенка.

Психотерапевту необходимо попытаться использовать возможности воображения ребенка. Например, можно начать сеанс ДПДГ с предложения представить, “что произошло”, или “увидеть картину” травматического события. После завершения движений глаз ребенку можно предложить “разрушить эту картину” события или “взорвать” ее. Психотерапевт может помогать ребенку, используя понятную ему мимику и издавая звук, напоминающий взрыв. Затем психотерапевт спрашивает: “Как ты себя сейчас чувствуешь?”, после чего снова направляет внимание ребенка на картину травматического события, проводит новую серию движений глаз и снова предлагает “взорвать” картину события.

Положительное самопредставление

Когда переработка завершена, происходит утверждение положительного самопредставления. Психотерапевту следует предложить ребенку понятные ему положительные самопредставления типа “Я хороший”, “Мама и папа всегда будут заботиться обо мне” или “Я сейчас в безопасности”. Для детей — жертв сексуальных домогательств может быть полезным обратиться к их отрицательному самопредставлению “Об этом нельзя говорить” или “Я не могу об этом рассказать” и устранить его. Если ребенок во время движений глаз сосредоточится на отрицательных самопредставлениях, не заостряя внимания на травмирующих подробностях, это позволит рассеяться страху, вызванному запретами. Последующая замена отрицательных самопредставлений на слова “Я сейчас в безопасности” или “Теперь можно все рассказать” даст прекрасный эффект.

Использование представлений ребенка

При работе с детьми школьного возраста лучше не предлагать готовые представления, а выявлять их собственные, даже если они сформулированы не самым лучшим образом. Психотерапевт начинает выполнение движений глаз после того, как предложит ребенку представить сцену и ответить на вопрос: “Какие у тебя возникают мысли?” или “Что ты думаешь о картине события?” Обычно в таких случаях ответ ребенка указывает на наличие внешнего локуса контроля (например, “Учитель ненавидит меня” в случае отрицательного само-

представления и “Учитель любит меня” — в случае положительного). Психотерапевт может предложить ребенку удерживать в уме образ “ненавидящего учителя”, проводя в это время одну или две серии движений глаз. Затем ребенка спрашивают: “Какие мысли появились у тебя сейчас?” или “Что ты думаешь сейчас о самом себе?” При этом у ребенка обычно спонтанно возникает переход от отрицательного представления типа “Я не мотивирован” или “Я все время отвлекаюсь” к положительному самопредставлению “Я могу хорошо вести себя в школе”.

Хотя при работе со взрослыми пациентами психотерапевты обычно стремятся установить взаимодействие с первоначальным внутренним локусом контроля, важно помнить, что дети часто оказываются в среде, представляющей для них угрозу, и испытывают чувство бессилия. Кроме того, у ребенка может просто не быть достаточно хорошо разработанной когнитивной структуры. Поэтому психотерапевту необходимо предложить ребенку высказывания, связанные с самоутверждением (“У меня все в порядке” или “Я чувствую себя хорошо”). При этом нет необходимости жестко придерживаться советов по работе с положительными самопредставлениями взрослых пациентов.

Генерализация эффектов психотерапии

Кроме лечения проявившихся у ребенка индивидуальных травматических воспоминаний, с детьми рекомендуется проводить дополнительную работу, сосредоточиваясь на образе самого преступника, а не на его действиях. Эта процедура помогает достичь генерализации эффекта лечения и его распространения на всю ассоциативную сеть памяти. Приведем пример. Пятилетняя девочка подверглась сексуальному насилию со стороны отца, носившему ритуальный характер. Насильник был в черной мантии и маске. В дополнение к переработке воспоминаний девочки о сексуальном насилии, включавшем в себя сцену, когда была убита ее любимая собака, ей предложили вспомнить сам образ отца в черной мантии и маске. Такая статическая картина вместо воспоминания о совершении насильником определенных действий позволила достичь эффекта генерализации и его распространения на все воспоминания, связанные со статическим образом (в данном случае — отца девочки, одетого в черную мантию и с маской на лице).

Даже двухлетние дети вполне способны вызвать в памяти определенный образ. При работе с такими детьми психотерапевту необходимо быть готовым к появлению очень быстрого эффекта (объясняемого тем, что у маленького ребенка вообще не так много воспоминаний и связанных с ними ассоциаций). Ребенок может начать счастливо улыбаться уже после нескольких серий движений глаз, что вполне соответствует действительному психотерапевтическому эффекту. В подобном случае психотерапевту необходимо проверить последующие изменения таких симптомов, как склонность мочиться в постель, ночные кошмары и приступы паники, которые иногда полностью исчезают после одного или двух сеансов ДПДГ.

Однако хотя в некоторых случаях склонность мочиться в постель и ночные кошмары исчезают даже после одного сеанса, посвященного переработке травматического воспоминания о сексуальном насилии, добиться полного исчезновения симптомов у других детей удается лишь после многих сеансов.

Психотерапия творческим самовыражением

Многие психотерапевты признают эффективность психотерапии, основанной на творческом самовыражении — рисовании, играх в песке и т.п. (EMDR Network, 1991; Cohn, 1993). Один маленький мальчик нарисовал две картинки: одну до начала лечения, а вторую после его окончания. Когда ребенка попросили изобразить на бумаге его проблему, он нарисовал большое черное облако, занимавшее почти весь лист бумаги. Ему предложили помнить об этом рисунке во время выполнения серий движений глаз. После появления признаков улучшения мальчика еще раз попросили изобразить беспокоящую ситуацию. На этот раз он нарисовал маленькое черное зернышко, выметаемое из комнаты. Мальчику предложили помнить об этом образе во время выполнения последующих одной или двух серий движений глаз, после которых было добавлено положительное самопредставление.

Игра с песком, куклы и элементы различных других игр могут быть использованы, если была создана правильная основа для работы, позволяющая ребенку связать свои отрицательные чувства или образ насильника с тем или иным объектом. Затем, используя избранный предмет воздействия, можно применять полную процедуру ДПДГ. Однако психотерапевту необходимо постоянно обращаться к первоначальным травматическим образам для проверки достижения полного разрешения.

Супружеские пары

> Чтобы быть полностью счастливым, необходимо только одно — не сравнивать мгновение настоящего с тем, что было в прошлом. Хотя я часто так и поступаю, мне не удается быть счастливым, потому что я все равно сравниваю — с будущим.
>
> *Андрэ Жид*

ДПДГ следует использовать в контексте динамики межличностного взаимодействия. При психотерапии супружеских пар может возникнуть необходимость в определенном психотерапевтическом вмешательстве с целью помочь клиенту интегрировать новые перспективы и формы поведения в контексте семейных отношений. Если клиент обретет большую уверенность в себе и независимость, может возникнуть угроза для стабильности межличностных отношений, что, в свою очередь, приводит к попыткам партнеров сопротивляться достижению психотерапевтических эффектов. В таких случаях психотерапия, необходимая при работе с супружескими парами, может помочь успокоить партнеров и идентифицировать потенциальные проблемы, улучшить их взаимное общение, чтобы каждому из партнеров было легче принимать изменение самопредставления другого и возникающие вследствие этого новые роли и формы самоотождествления.

Внимательность клиентов к влиянию социальных факторов может уменьшить возможное замешательство или беспокойство. Психотерапевту следует решить, можно ли действительно рассматривать клиента и его супругу как прочно связанную пару и применить к ним приемы семейной терапии. Если это

действительно так, необходимо направить пару к специалисту по семейной терапии и лишь после этого начинать ДПДГ, убедившись, что семейный консультант будет доступен для них и в дальнейшем. Такая предосторожность необходима, так как в процессе ДПДГ могут происходить быстрые и резкие изменения во взаимоотношениях супругов.

Случай сексуального насилия в детстве у одного из членов супружеской пары

Особое внимание следует уделять лечению жертв сексуального насилия. Если жертвой оказывается один из членов супружеской пары, то партнер может испытывать чувство вины и бессилия перед страданиями, переживаемыми другим человеком. Пока воспоминания о случае насилия не вскрыты, сексуальная дисфункциональность, депрессия и приступы гнева клиента часто обостряют напряженность в супружеских отношениях и оказывают влияние на общую дисфункциональную динамику (Nelson, 1992).

Когда жертва сексуального насилия подвергается лечению с помощью ДПДГ, то беспокойство, возникающее при переработке, может вызывать тревогу у другого члена супружеской пары. Иногда степень дисфункциональности в отношениях существенно превосходит пользу от осознавания факта прошлого травматического события, и другой член супружеской пары может быть расстроен этими попытками клиента и попытается установить соответствующие ограничения в процессе психотерапии. Кроме того, достаточно часто бывает так, что оба члена супружеской пары в прошлом пережили сексуальное насилие. Проявление травматического материала и неустойчивость настроения одного из партнеров могут активизировать дисфункциональные воспоминания другого и вызвать ответную реакцию. В этом случае для ослабления травматичности воспоминаний партнеров и степени отрицательного воздействия на них нынешних факторов необходимо прибегнуть не только к индивидуальной, но и к семейной терапии.

Индивидуальные сеансы или совместные?

Первый совместный психотерапевтический сеанс при работе с супружескими парами обычно бывает посвящен достижению согласия в том, какова цель психотерапии. Если оба партнера признают, что они любят друг друга, считают целью психотерапии улучшение супружеских отношений или хотят спасти брак, то все будущие проблемы можно рассматривать как “стремление сохранить любовь”. Такое взаимное соглашение достигается с помощью традиционных приемов семейной терапии — чувствовать себя “одной командой”, говорить правду и т.п. Кроме того, совместные сеансы позволяют психотерапевту определить стиль общения, сложившийся у супружеской пары, и выяснить основные проблемные области.

На последующих совместных сеансах оценивается прогресс, достигнутый в общении и взаимодействии, а также при необходимости продолжается раскрытие травматических воспоминаний. Кроме того, членам супружеской пары необходимо индивидуально переработать весь психологический багаж, накопившийся у них на протяжении многих лет (все “Почему ты это сделал?”, “Как ты мог?” и “Чем ты не доволен?”). Цель психотерапевта состоит том, чтобы дать

возможность партнерам реагировать друг на друга на основании того, что есть “здесь и сейчас”, а не под давлением прошлых событий. Совершенные ранее ошибки или недостаток поддержки в детстве могут создавать в настоящее время проблемы, обостряемые даже незначительными событиями. Используя ДПДГ для ослабления роли таких детских воспоминаний, супружеская пара может достичь более здоровой межличностной динамики и адекватно оценить значение сегодняшних проблем или несогласий.

Кроме воспоминаний семейной пары, связанных с их прошлой проблемой, полезно избирать предметом воздействия и нынешние факторы, вызывающие беспокойство. Например, муж может заметить, что звук голоса жены напоминает тон голоса его матери, всегда вызывавший у него сильное раздражение, а выражение лица мужа может напоминать жене лицо отца, когда тот бил ее в детстве. Кроме того, путем вторичного обусловливания некоторые нынешние ситуации, обычно являющиеся причиной раздраженного тона голоса или взгляда, действительно способны вызвать беспокойство. Достаточно тщательная переработка воспоминаний и нынешних факторов может в значительной степени ослабить дисфункциональность в супружеских отношениях. Кроме того, нынешние ситуации, вызывающие затруднения (например, жена поздно вернулась домой после встречи с подругами; или муж забыл закрутить пробку тюбика с зубной пастой), также следует подвергнуть переработке, при которой негативные реакции рассеются, а новые альтернативные возможности могут быть лучше изучены.

По ряду причин часто такую индивидуальную переработку лучше производить при отсутствии партнера. Очевидно, что, если на сеансе психотерапии присутствуют оба члена супружеской пары, скорее всего возникнут проблемы, связанные с интимностью общения и чувством безопасности, и это может препятствовать полному проявлению травматической информации. Если во время переработки возникают болезненные моменты, для клиента лучше работать с ними, не беспокоясь о том, какова может быть реакция партнера. Например, если клиентка обращается к детским воспоминаниям о сексуальном насилии или унижениях, чувства стыда и вины могут удерживать ее от проявления травматического материала в присутствии мужа. Кроме того, у нее могут возникать опасения, что, если муж узнает о случае насилия, он захочет найти насильника и отомстить ему. Иногда клиент пытается отстраниться от беспокоящего состояния или приуменьшить его значение, что также приводит к недостаточной переработке и повторной травматизации.

Кроме того, негативная динамика может возникать и в том случае, если муж испытывает бурные эмоции, а жена пытается подавить его страдания, считая, что он должен быть мужественным и стоически переносить все невзгоды. Поэтому при возникновении сомнений, стоит ли продолжать сеанс в присутствии партнера, необходимо проводить переработку с особой тщательностью.

Психотерапевту всегда следует учитывать собственную оценку того, что является наиболее полезным для клиента. Например, один из психотерапевтов, прошедший обучение технике ДПДГ, продолжал сеанс в присутствии партера, так как считал, что совместное участие в психотерапевтическом сеансе должно укрепить супружеские отношения. Когда жена бурно переживала травматическое воспоминание, муж был настолько поражен глубиной ее страданий и своим сопереживанием, что этот опыт действительно оказался очень полезным для обоих. Однако при работе с другой парой был случай, когда муж уснул во время

бурного отреагирования жены, и это, естественно, не способствовало их сближению. Поскольку в таких случаях возможен различный ход событий, психотерапевту необходимо тщательно оценить отношения супружеской пары перед принятием решения о том, следует ли проводить совместный сеанс или же работать по отдельности с каждым из супругов.

Супружеская неверность

Когда супружеская пара обращается к помощи психотерапевта в связи с супружеской изменой, психотерапевту необходимо тщательно оценить все причины и последствия этого случая. В дополнение к обычной работе с супружескими парами психотерапевту следует определить наличие у совершившего измену партнера симптомов, близких к посттравматическому синдрому. Измена нарушает как чувство взаимной безопасности партнеров, так и их способность доверять своему восприятию, сопровождаясь чувством нарушения важных обязательств. Кроме того, у многих таких клиентов возникают навязчивые мысли о действительной сцене измены либо о воображаемых сценах любовных свиданий. Чтобы излечить такую психологическую травму, необходимо после достижения согласия подвергнуть переработке эти навязчивые образы. Гнев и обиду, вызванные супружеской изменой, легче переработать в том случае, если чувство взаимной безопасности было основано на лживых заявлениях мужа, что его отношения с любовницей уже прекратились.

В одной супружеской паре жена прервала свою связь с любовником, и супруги обратились за помощью к психотерапевту, чтобы восстановить прежнее качество их брака. Во время беседы супруг демонстрировал ярость по поводу измены жены и стремился получить помощь психотерапевта, чтобы вернуться в состояние эмоционального равновесия. Однако при индивидуальной беседе он согласился, что определенная его часть не хотела проявлять гнев. Психотерапевт спросил у клиента, когда именно тот испытал чувство сопротивления в своем теле, после чего эти ощущения были переработаны с помощью ДПДГ. Чувство сопротивления рассеялось, а гнев клиента был переработан вместе с навязчивыми мыслями и образами.

Чтобы переработать последствия супружеской измены, необходимо было обратиться к лежащим в их основе причинам и достичь их разрешения. Обычно при случаях недавних травм, в отличие от травм, полученных в детстве, в первую очередь необходимо подвергать переработке наиболее явную причину посттравматического синдрома. Кроме уже обсуждавшихся способов, техника ДПДГ может быть использована для прояснения нынешних соображений каждого из членов супружеской пары о целесообразности сохранения их брака, а также для переработки дисфункционального страха, влияющего на неадекватное решение. Когда один или оба партнера склоняются к решению расторгнуть брак, психотерапевту также следует прибегнуть к технике ДПДГ для облегчения этого трудного переходного момента в жизни супругов. В этом случае следует избрать предметом переработки навязчивые мысли, а также чувства гнева и самоуниженности, испытываемые другим партнером. Это не только улучшит существующую ситуацию, но и поможет предотвратить дисфункциональные проявления в будущих отношениях. Кроме того, если в конфликтной ситуации принимают участие дети, их отрицательные чувства в отношении развода роди-

телей, в том числе чувство вины и боязнь быть покинутыми, также должны быть как можно раньше подвергнуты переработке.

Жертвы сексуального насилия

> Для того чтобы сообщить истину, всегда должны быть два человека — говорящий и слушающий.
>
> *Генри Дэвид Торо*

Читатель этой книги, наверное, уже неплохо ориентируется во многом из того, о чем шла речь в предыдущих параграфах. Однако то, о чем мы будем говорить сейчас, часто является особенно важным при лечении жертв сексуального насилия. Хотя такие клиенты составляют достаточно большую часть общего количества пациентов, наш опыт показывает, что многие психотерапевты ни разу не сталкивались с подобными случаями.

Определение целей

Способность клиента достаточно точно восстановить воспоминание о случае сексуального насилия или важные моменты забытых событий детства вызывает сомнение даже при самых благоприятных обстоятельствах. Хотя некоторые пациенты обращаются к психотерапевту, чтобы определить, подвергались ли они в детстве сексуальному насилию, психотерапевт не может считать это подходящей целью психотерапии. Наблюдения показывают, что даже в случае полномасштабной симптоматики травмы сексуального насилия лишь у половины клиентов есть визуальные воспоминания о самом травматическом случае. Поэтому психотерапевту следует сосредоточиться на симптомах клиента и на том, что можно сделать для облегчения эмоциональной (или физической) боли. При объяснении клиенту того, как ДПДГ может вызвать у него изменение дисфункциональных реакций даже без проявления визуальных воспоминаний о травматическом случае, могут быть полезны следующие утверждения: “Так же как видеомагнитофон может воспроизводить видеозапись вне зависимости от того, будет ли включен при этом телевизор, так и вы можете перерабатывать прошлые травматические события, не наблюдая самой сцены”.

Психотерапевту и клиенту следует достичь взаимного согласия в отношении специфических целей ДПДГ. Необходимо выяснить, устраивает ли клиента цель лечения, состоящая в ослаблении его жалоб (приступы паники, затруднения в интимных отношениях, нарушения сна и т.п.), без полного, стопроцентного избавления от них. Если клиента это не устраивает, не следует рассчитывать только на ДПДГ-психотерапию, так как нельзя быть полностью уверенным, что травматическое воспоминание никогда больше не проявится.

По странной иронии некоторое ограничение в применении ДПДГ относится к жертвам сексуального насилия, которые хорошо помнят травматическое событие, но настаивают на том, чтобы психотерапевт направлял свои усилия лишь на сегодняшние проблемы типа трудностей в общении с шефом. Поскольку нет возможности сделать так, чтобы во время сеанса ДПДГ воспоминания о сексу-

альном насилии не проявились (в особенности в том случае, если они являются частью сети памяти, ассоциативно связанной с предметом воздействия, даже если он и относится к сегодняшним проблемам), психотерапевт не может гарантировать клиенту, что им удастся избежать темы сексуального насилия. Поэтому, если клиент настойчив в своем требовании избегать упоминания о сексуальном насилии, психотерапевту не следует применять технику ДПДГ.

Готовность клиента

Хотя многие из факторов готовности клиента уже описывались в главах 4 и 5, я хотела бы еще раз подчеркнуть, что использование ДПДГ при работе с жертвами сексуального насилия требует от психотерапевта особого внимания к подавленным эмоциям клиента и к его нынешней жизненной ситуации. Если в сегодняшней жизни клиента есть ряд реальных проблем, таких как трудности с работой или кризис в семье, работу с ранними травмами следует свести к минимуму. До тех пор пока клиент не достигнет уровня стабильности, позволяющей ему справиться с сегодняшними проблемами, психотерапевт не должен подвергать его риску, добавляя дополнительное бремя раннего травматического опыта. Любые проявления беспокойства, возникающие между сеансами в результате проводимой переработки, могут затруднять попытки справиться с вызывающими беспокойство проблемами сегодняшней жизни, находящимися за пределами его контроля.

Помните, что предостережения в отношении использования ДПДГ при работе с такими клиентами включают в себя необходимость проведения соответствующей оценки всех проявлений напряженности, существующих в сегодняшней жизни клиента. Если переутомление или дистресс, иногда возникающие при ДПДГ, препятствуют нормальному функционированию клиента, необходимо использовать иные психотерапевтические методы.

Безопасность и стабильность

При работе с жертвами сексуального насилия особую важность приобретают аспекты безопасности и стабильности. Очень важно, чтобы клиенты были тщательно подготовлены к ДПДГ, так как вероятность возникновения соматической ответной реакции, интенсивного страха и травматических воспоминаний, очень велика. Если клиент не будет подготовлен к быстрому проявлению этих воспоминаний и возможной интенсивности эмоционального отреагирования, он может прервать процесс ДПДГ в разгар отреагирования и отказаться от продолжения психотерапии. Поэтому все предупреждения и критерии, относящиеся к отбору клиентов, описанные в главах 4 и 5, при работе с жертвами сексуального насилия должны соблюдаться с особой строгостью. Психотерапевту необходимо создать у клиента начальный положительный опыт, ассоциирующийся с ДПДГ, используя для этого упражнение по созданию безопасного места и обучая пациента различным техникам релаксации для смягчения любых проявлений беспокойства, возникающих между сеансами. Кроме того, если психотерапевт подозревает наличие сексуальной травмы, очень важно изучить личность клиента, чтобы выявить возможные диссоциативные расстройства.

Внимательность психотерапевта к чувствам безопасности и контроля ситуации у клиента особенно важна при работе с такими пациентами. Поскольку некоторые жертвы насилия испытывают страх при виде движущихся перед глазам пальцев психотерапевта, необходимо использовать иные объекты для сосредоточения — например, ручку или линейку — или вообще перейти к постукиваниям по ладони. Кроме того, некоторые клиенты — жертвы насилия предпочитают, чтобы психотерапевт сидел на большем расстоянии от них, чем обычно рекомендуется при использовании ДПДГ, т.к. они склонны воспринимать как угрозу своему персональному пространству, если другие люди находятся от них слишком близко. Говоря иными словами, психотерапевту необходимо быть настолько гибким, чтобы уметь приспосабливать стандартный формат процедуры ДПДГ к нуждам данного клиента для обеспечения его безопасности и комфорта.

Структура

Хотя психотерапевту следует проявлять гибкость в выборе точки фокусировки при работе с жертвами насилия, необходимо тщательно придерживаться структуры стандартных протоколов. Более ранние воспоминания должны избираться предметом воздействия в первую очередь, так как в этом случае велика вероятность их быстрой и полной переработки, что даст клиенту чувство достижения успеха. Если то или иное раннее воспоминание доступно для работы, использование ассоциативно связанного с ним образа, представления и ощущений в теле приводит, как правило, к более контролируемому и содержательному сеансу, чем попытки избрания предметом воздействия рассеянных чувств отчаяния, безнадежности или обобщенных отрицательных утверждений типа “Мне хотелось бы умереть”.

Специфические ранние воспоминания, включающие в себя отрицательные аспекты, переработать легче, чем недавние, так как они являются частью прошлого клиента и уже не представляют никакой опасности. Избрание предметом воздействия существующих в настоящее время эмоций или представлений вместо конкретного события действительно может привести к началу процесса переработки, но его будет гораздо труднее завершить, так как относящийся к настоящему времени материал стимулируется без такой конкретной цели, как переработка травматического воспоминания.

Используемая под наблюдением специалиста процедура ДПДГ из восьми стадий (описанная в главах 4—8) вместе со стандартным протоколом из 11 этапов (описанным в главе 9) предлагает конкретные способы оценки хода процесса, такие как измерение уровня по Шкале субъективных единиц беспокойства и Шкале соответствия представлений, что позволяет клиенту установить реалистический уровень ожиданий и помогает усилить его чувство структурированности происходящего, безопасности и понимания со стороны психотерапевта. Хотя гибкость особенно необходима при работе с жертвами сексуального насилия, это не значит, что в других случаях можно пренебрегать мерами по обеспечению безопасности клиента, предусмотренными стандартными протоколами и процедурами ДПДГ. Психотерапевту необходимо прежде всего применять стандартный подход, отклоняясь от него лишь в том случае, если клиент будет испытывать дискомфорт или у него не будет проявляться ответная реакция. Чем более конкретными будут предметы воздействия и цели психотерапии, тем больше вероятность успеха.

Интеграция

Психотерапевту необходимо быть особенно внимательным, оценивая время, необходимое клиенту для интеграции проявившегося материала. Может понадобиться много сеансов для обсуждения внутренних и межличностных потребностей клиента, вскрывшихся при достижении того или иного информационного плато, для идентификации оказывающих на него давление моментов общения с другими людьми, чтобы предложить примеры новых форм поведения, или для избрания предметом воздействия сновидений и реакций клиента, проявившихся во время переработки раннего травматического материала.

Психотерапевт не должен обращаться к новому травматическому материалу до тех пор, пока не будет проработан материал, избранный ранее. Приведем пример. Через неделю после переработки основного воспоминания о сексуальном насилии клиентка сообщила о появлении чувства печали: “Никогда раньше я не горевала о смерти отца”. Психотерапевт осознал, что у клиентки есть потребность еще раз сосредоточиться на этом плато, а не переходить к другому воспоминанию. Записи в дневнике оказались особенно важными для идентификации новых ассоциаций и эмоций, появление которых было связано с предшествующим предметом воздействия. При ведении записей в дневнике необходимо отмечать все ночные кошмары, беспокоящие или расстраивающие мысли клиента, потребности в новых межличностных отношениях, способствующих интеграции, и т.п.

Так же как у разных клиентов различные потребности в отдыхе или в беседе с психотерапевтом, каждому из них необходимо разное время между сеансами ДПДГ для достижения интеграции. Психотерапевту следует убедиться, что клиент знаком с достаточным количеством техник самоконтроля, позволяющих ему справляться с любыми проявлениями дискомфорта, возникающими между сеансами ДПДГ. Если записи в дневнике указывают на значительную степень дистресса, психотерапевту следует принять меры для ослабления влияния отрицательных эмоций.

Психотерапевту следует поощрять клиента уделять время ассимиляции эффектов лечения, прежде чем он определит для себя истинность любых возникающих воспоминаний или примет решение вступить в конфронтацию с предполагаемым насильником — как на личном уровне, так и на юридическом. Часто травматическое событие хранится в памяти в виде отдельных фрагментов, что затрудняет их интерпретацию. Приведем пример. Клиентка, чья сексуальная дисфункциональность и проблемы в интимных отношениях были избраны предметом воздействия при использовании техники ДПДГ, сообщала, что, когда у нее возникали ощущения, испытывавшиеся во время изнасилования, в сознании всплывал образ отца. Исходя из этой ассоциации, как для психотерапевта, так и для клиентки вполне логичным было бы сделать вывод, что она подвергалась насилию со стороны отца. Однако последовательное избрание предметом воздействия фрагментов травматического воспоминания показало, что насильником был парень из университета, а образ отца был связан с ее надеждой на помощь и избавление.

Приведенный пример демонстрирует два важных момента: психотерапевту следует воздерживаться от интерпретации, а клиента необходимо предупредить, чтобы он позволял “происходить всему, что будет происходить, не пытаясь оценивать” и вступать в противоборство с предполагаемым насильником. По-

требность клиента в поддержке со стороны тех или иных членов семьи обычно более сильна в начале курса психотерапии, когда воспоминания еще не прошли переработку и являются источником значительного дистресса. Когда клиент переработает эти воспоминания и избавится от значительной части беспокойств, он может лучше оценить необходимость или желательность конфронтации с насильником. Поэтому столь важно уделять достаточное время для интеграции эффектов психотерапии вне зависимости от того, какой именно психотерапевтический подход применяется в данном случае.

Информационные плато

Во время переработки травмы сексуального насилия помните о возможности применения когнитивного взаимопереплетения — если в этом, конечно, будет необходимость, — для достижения информационных плато соответствующей степени ответственности, безопасности и выбора. Эти плато в особенности важны для жертв сексуального насилия, психологически зафиксировавшихся на чувстве ужаса, пережитом в детстве.

Кроме того, многие клиенты испытывают потребность наполнять пережитую трагедию особым смыслом. Психотерапевт может помочь пациенту, используя когнитивное взаимопереплетение для исследования того, как в результате сексуального насилия клиентка обрела более высокую восприимчивость, сострадание или понимание других людей. (Действительно, жертвы пережитого насилия нередко становятся затем профессионалами в области душевного здоровья.) Такое осознание помогает многим клиентам, усиливая у них чувство цели, самоуважения или достижения успеха, с помощью которых они могут абстрагироваться от своего страдания. Однако чувство разрушенного и отравленного детства у большинства клиентов вызывает сильный стресс и должно избираться предметом воздействия.

Эмоциональные стадии

При переработке травмы сексуального насилия клиенты, как правило, проходят через различные эмоции и стадии процесса исцеления. Не проявившийся и носящий диссоциативный характер материал изменяется, приводя к появлению чувства вины и стыда, затем к гневу, печали и, наконец, — к чувству принятия происшедшего и, может быть, к способности забыть его. Чувство печали может возникать как до появления чувства гнева, так и после него. Одна клиентка, говоря о насильнике, так выразила это чувство: “Он похитил мое детство. Как мог кто-либо похитить столь драгоценную вещь?” Хотя у этой клиентки преобладающим чувством был гнев, лежащая в его основе печаль также должна была быть избрана предметом воздействия.

Центрированный на клиенте подход становится особенно важным при работе с жертвами сексуального насилия — другие психотерапевтические подходы в данном случае будут лишь мешать достижению полного эффекта. Многие психотерапевты считают, что клиентам необходимо соприкоснуться со своим гневом, направленным на сексуальное насилие, и что этот гнев дает им чувство обретения силы. Хотя гнев, без сомнения, играет большую роль в переживаниях большинства жертв насилия, он может быть полезным и просто как признак

прохождения определенной стадии переработки. Если клиент начал проявлять чувство гнева, то вместо прекращения сеанса ДПДГ психотерапевт может сделать вывод, что сеанс пошел по более эффективному пути, и избрать чувство гнева предметом воздействия, предлагая клиенту вербализовать гнев при выполнении движений глаз. Часто это позволяет клиенту полнее вовлечься в переживание эмоций и более четко установить личные границы, декларируя свою независимость.

Когда клиент испытывает чувство ярости, он может переживать образы и мысли, связанные с тем, как он побеждает своего насильника. При этом клиенту необходимо объяснить, что происходит проявление его скрытой детской ярости и что эти образы необходимо просто отмечать, позволяя им проявляться, а все мысли можно высказывать во время сеанса без опасения. Завершение этого цикла переработки позволяет клиенту ослабить накопленное напряжение, связанное с подавленной болью. Переработка образов и соответствующих вербальных проявлений может привести к устранению потребности в прямой конфронтации с насильником — а это действие может быть бесполезным и подрывать семейные отношения, которые клиенты стремятся сохранить. Например, клиентка может испытать чувство покоя после того, как выскажет свои чувства по отношению к умершему отцу, когда-то изнасиловавшему ее, и больше не требовать поддержки от психологически неустойчивой пожилой матери. Тем не менее психотерапевту необходимо убедиться в том, что клиентка переработала все свои дисфункциональные эмоции, связанные со случаем насилия, в том числе гнев на родителей и ощущение предательства с их стороны за то, что они, осознанно или нет, позволили произойти этому случаю.

После того как чувство ярости у клиентки переработано, оно может принять форму менее разрушительного чувства гнева, и этот гнев будет вполне уместным, становясь завершающей стадией психотерапии — по крайней мере, на данный момент. Довольно часто клиентам удается достичь состояния покоя и приятия. Кроме того, могут возникать спонтанные воспоминания определенных аспектов биографии насильника, объясняющих его поступок и позволяющих клиенту достичь подлинного чувства прощения. Например, клиенты могут вспоминать, что их “ мать тоже подверглась сексуальному насилию”, а с отцом “жестоко обращались в детстве”. Все это помогает понять, почему клиентка подверглась насилию со стороны родителей, и может способствовать возникновению сострадания к насильнику и чувства прощения, превосходящего само травматическое событие и позволяющего обрести глубокий внутренний покой.

Если стадия гнева не перерастает в чувство прощения, то причина, вероятнее всего, состоит в том, что для данного клиента такой переход не является уместным. В любом случае психотерапевту необходимо различать дисфункциональную ярость и вполне адекватный гнев. При использовании ДПДГ чувства насилия и хаотичности, присущие ярости, трансформируются в адекватный и справедливый гнев, направленный вовне, на образ насильника, и таким образом перестающий подпитывать постоянное чувство боли и страха у пациента. Если клиент не смог переработать свой гнев после его словесного выражения и применения последовательных серий движений глаз, можно считать этот гнев экологически валидным для данного клиента и предлагать ему соответствующее положительное самопредставление. Клиент может испытывать потребность в интеграции этого информационного плато путем установления более четких границ между собой и другими членами семьи, бесед с ними и, может быть, да-

же конфронтации. Однако для клиента нежелательно фиксироваться на этом чувстве страха только потому, что психотерапевт посчитал прощение насильника неуместным и поэтому преждевременно завершил сеанс ДПДГ.

Помните, что переработка не устраняет ничего, что является для клиента естественным, здоровым или экологически валидным. И если клиент придет к чувству прощения насильника, это не означает, что он забудет о поведении насильника или смирится с ним. Более вероятно, что достижение чувства прощения повлечет за собой обретение силы и чувства самообновления, при котором индивид уже не будет находиться в роли жертвы. К сожалению, некоторые психотерапевты при лечении жертв сексуального насилия убеждают их, что для полного исцеления необходимо забыть о насильнике. Если настаивать на том, что клиенту необходимо достичь такой степени приятия, это может травмировать его, так как в данном случае одного лишь желания недостаточно. Поскольку чувство прощения не может возникнуть принудительно и контролировать этот процесс невозможно, работающему с ДПДГ психотерапевту необходимо стремиться к спонтанному возникновению такого чувства, когда клиент сам будет готов (если вообще будет готов) достичь этого.

Ложные воспоминания

В последнее время большое значение приобрела дискуссия о возможности возникновения ложных обвинений в сексуальном насилии в результате неадекватной психотерапии. Хотя в некоторых случаях такие заявления исходят от самих насильников, стремящихся оправдать себя, проблема действительно существует и нуждается в тщательном изучении. Поскольку некоторые психотерапевты используют гипноз, возникает возможность искажения воспоминаний клиента и создания у него ложного представления о происходивших событиях.

Поэтому нет ничего удивительного, что некоторые клиенты пришли к принятию образов, возникших у них во время гипнотического внушения, направляемой визуализации или анализа сновидений в качестве доказательства существования действительных воспоминаний о насилии, даже если подтвердить это нет никакой возможности. Психотерапевты должны всегда осознавать ограниченность своей компетентности и методов работы, прежде чем пытаться практически применять их. Именно по этой причине мы считаем, что ДПДГ могут применять лишь обученные и лицензированные психотерапевты, практически освоившие эту технику под руководством специалистов.

Предостережения при работе с воспоминаниями

При лечении жертв сексуального насилия психотерапевту необходимо тщательно оценить взаимодействие между ДПДГ и другими формами психотерапии. Одним из следствий психодинамического подхода является убеждение, что непременным условием всякой психопатологии является наличие непроявленных воспоминаний, которые необходимо проработать. Поэтому у психотерапевта может возникать соблазн использовать сочетание ДПДГ и гипноза для раскрытия таких воспоминаний. Хотя гипноз применяется уже многие годы, доказал свою эффективность и стал вполне привычной стандартной процедурой, возможность его применения вместе с ДПДГ пока еще не исследована. Нам ка-

жется уместным высказать некоторые предостережения, поскольку каждый психотерапевт воспринимает саму идею “подавленного” материала и “сопротивления” по-своему и весьма субъективно.

Гипноз

Сочетание гипноза и ДПДГ не всегда уместно. Некоторые психотерапевты, использующие гипноз при ДПДГ, вполне успешно вызывают легкий транс у клиентов с диссоциативными расстройствами с целью достижения большей их стабильности и окончания незавершенного сеанса. Кроме того, не очень глубокий транс может быть использован при обращении к предмету воздействия. Однако вызывание глубокого транса противопоказано при использовании ДПДГ, так как измененное состояние сознания, возникающее при гипнозе, может препятствовать адекватной переработке всей информации. Поскольку при всех видах травм после прекращения клиентом приема медикаментов необходимо повторное обращение к предметам воздействия для проверки, остался ли непереработанным тот или иной материал, сохраняемый в обусловленной пережитым состоянием форме, повторное обращение к предмету воздействия необходимо и при использовании гипноза.

Наблюдения показывают, что иллюзорные и ошибочные представления пациента могут не поддаваться воздействию ДПДГ до тех пор, пока не будет избрано предметом воздействия породившее их переживание. Например, чтобы избавить мужа от ложного убеждения, что его супруга в детстве была похищена, необходимо избрать предметом воздействия наиболее яркое воспоминание о действительном событии, когда она по своей воле ушла от него. Подобным же образом некоторые вызванные в гипнотическом состоянии фантазии и воспоминания могут не поддаваться изменению с помощью ДПДГ. Психотерапевту важно осознавать, что, даже обладая здравым и рассудительным подходом к использованию гипноза, он может получить “в наследство” от других психотерапевтов клиентов, к которым уже применялись неадекватные формы лечения.

Если избранные предметом воздействия воспоминания не поддаются желаемому психотерапевтическому воздействию как во время сеанса, так и в последующее время, психотерапевту необходимо более тщательно изучить вероятность наличия у данного клиента диссоциативных расстройств и возможность сделанного ранее гипнотического внушения. Так, некоторым жертвам травматических событий навязываются вызванные с помощью гипноза “воспоминания”, которые якобы возникли в момент насилия, но в настоящее время не осознаются. Однако при попытке воздействовать на эти “воспоминания” с помощью ДПДГ они не поддаются переработке, вызывая у клиента сильное беспокойство. Для окончательного решения этого вопроса имеющихся в настоящее время клинических данных пока недостаточно.

Важнее другое. При судебном разбирательстве во многих случаях сам факт использования гипноза на той или иной стадии лечения пациента лишает его возможности предпринимать юридически легальные действия против насильника. Однако ДПДГ значительно отличается от гипноза, и недавно проведенные электроэнцефалографические исследования показали, что ритмы мозга при использовании ДПДГ совершенно другие, чем при использовании гипноза (Nicosia, в печати). Кроме того, в происходившем недавно судебном процессе,

связанном со случаем сексуального насилия, судья вынес решение, что ДПДГ не имеет отношения к гипнозу и эта техника не может вызывать у клиента возникновения ложных воспоминаний (Shapiro, 1994d). На другом судебном процессе, происходившем в Австралии, вынесено решение о том, что техника ДПДГ не может вызывать искажений в воспоминаниях. Это лишь несколько примеров, но можно ожидать, что в будущем отношение к ДПДГ при судебных процессах изменится в положительную сторону. Тем не менее перед началом курса ДПДГ психотерапевт должен проинформировать клиента о возможных последствиях при судебном процессе. Поэтому лучше воздерживаться от использования гипноза вместе с ДПДГ, чтобы уменьшить вероятность возникновения проблем при судебном разбирательстве.

Ошибки в воспоминаниях

Часто у психотерапевта нет возможности проверить, является ли возникающее воспоминание истинным. Действительно, сама попытка восстановления воспоминания, используемая как психотерапевтическая цель, может приводить к возникновению у клиента убеждения, что воспоминание о насилии существует, что его необходимо вскрыть и что действительно был некий насильник. Все это может привести к появлению “ложного” воспоминания. Когда клиент сообщает о возникновении скрытого ранее воспоминании во время процедуры ДПДГ, необходимо учитывать следующие возможности: 1) возникший у клиента образ является символическим отражением чего-то иного; 2) событие является “замещающим переживанием” (т.е. вызвано в результате отождествления клиента с тем или иным литературным персонажем); 3) образ является результатом обмана (как бывает в тех случаях, когда насильник намеренно изменяет свой внешний вид, чтобы остаться неузнанным); 4) возникший образ соответствует действительности.

Приведем пример. Клиентка сообщила о наличии навязчивых мыслей и образов, связанных с ее изнасилованием Сатаной (Young, 1992). Она была убеждена, что событие действительно имело место, так как с детства у клиентки был явственный образ этого случая. Однако в процессе переработки воспоминания выяснилось, что рога насильника были сделаны из пластика, а его голос принадлежал одному из друзей ее отца. Так клиентка смогла признать, что была обманута, и стало ясно, кем на самом деле был насильник (хотя без соответствующего подтверждения это открытие не могло быть принято клиенткой как истина). Инцидент был настолько травмирующим для клиентки, что действительные воспоминания о нем были диссоциированы и вытеснены сразу же после события и проявились много десятилетий спустя во время применения ДПДГ. Если бы насильник лучше замаскировал свой подлинный облик — использовал маску, полностью закрывающую лицо, одел какой-то необычный наряд и изменил голос, — воспоминание возникло бы как действительное изнасилование Сатаной. Эта очевидная ложность воспоминания подчеркивала бы тот факт, что насильники способны убеждать детей в том, что их родители якобы присутствуют при акте насилия, находясь в другом конце комнаты и одобряя действия преступника. Если во время использования ДПДГ возникает воспоминание об акте насилия, появившееся при таких обстоятельствах, нет гарантий, что удастся раскрыть обман. Поэтому психотерапевтам необходимо осознавать ограниченные возможности памяти и наличие в ней искажений перед тем, как говорить

что-либо клиенту о точности любых воспоминаний, возникающих при использовании ДПДГ.

Проявления “замещающей травматизации” (Figley, 1995) также очень важны. Один клиент обратился за помощью, жалуясь на симптомы посттравматического синдрома, включающие в себя навязчивые воспоминания о том, как он был убит в концлагере Аушвиц во время второй мировой войны. Хотя две конкретные сцены повторялись в ночных кошмарах и навязчивых воспоминаниях на протяжении многих лет, он ничего не мог сказать о причине их возникновения. Фактически же по возрасту он не мог быть в нацистском концлагере. Первая сцена, когда он шел в колонне заключенных, входящих в концлагерь, была избрана предметом воздействия для переработки, и после выполнения серий движений глаз клиент сообщил о быстром снижении уровня субъективных единиц беспокойства. Так продолжалось до тех пор, пока не началась переработка второго воспоминания, когда клиент погиб в газовой камере. После двух серий движений глаз пациент внезапно воскликнул: “Это же не я, это мой дядя!” Затем он сразу же вспомнил все слышанные в детстве рассказы о том, как его дядя погиб во время войны в концлагере. Влияние замещающей травматизации было достаточным для того, чтобы у клиента развилась симптоматика посттравматического синдрома, хотя действительное травматическое событие происходило с другим человеком. В этом случае необходимо напомнить пациенту, что возникновение действительных симптомов могло быть замаскировано в виде образа травматического события, которое на самом деле никогда не происходило. Отметим, что в описанном случае переработка первого “воспоминания” не привела к вскрытию действительной причины симптомов клиента.

Подобным же образом симптомы сексуальной дисфункциональности или затруднений в интимных отношениях также могут вызываться замещающей травматизацией или травматическими событиями, не имеющими никакого отношения к сексуальному насилию. Например, другая клиентка предполагала наличие в прошлом случая сексуального насилия, так как у нее была проявлена многочисленная сопутствующая симптоматика: приступы паники, проблемы в общении с мужчинами, боязнь вступать в интимные отношения, чувство покинутости. Однако во время ДПДГ выяснилось, что у клиентки есть диссоциированное воспоминание о том, как ее отец погиб, когда она ехала с ним в машине на празднование своего дня рождения. Действительная причина ее симптомов оказалась не имеющей ничего общего с сексуальным насилием.

Помните, что использование ДПДГ основано на подходе, центрированном на клиенте и предполагающем, что психотерапевт следует за клиентом, а не ведет его. В особенности необходимо воздерживаться от расспросов клиента о подробностях травматического события или от попыток интерпретации, так как при этом уменьшается вероятность искажения воспоминаний или создания у клиента ложного впечатления об их причине. Клиентов следует проинструктировать о возможности существования ложных воспоминаний, проявляя уважение к их собственному опыту. Многие подлинные воспоминания будут проявляться впервые, и клиента необходимо поддерживать во всех его уместных действиях, предпринимаемых для достижения желаемого результата. В любом случае важно, чтобы клиент высказал собственные соображения об этих воспоминаниях, используя для подтверждения все возможные источники без влияния со стороны психотерапевта.

Необходимо помнить, что возникновение той или иной сцены события во время сеанса ДПДГ еще не означает, что это событие действительно происходило — даже если сцена переживается индивидом как истинная. Например, клиент был введен в заблуждение насильником, считая, что при акте насилия присутствовала большая группа людей и происходящее имело культовый характер. Это могло быть сделано насильником, чтобы еще больше запугать жертву и обеспечить ее молчание в будущем или же чтобы возможные рассказы жертвы о подробностях ритуала казались настолько фантастическими, что их мало кто стал бы принимать всерьез. Как уже отмечалось ранее, насильник часто может обманывать ребенка, внушая ему, что при акте насилия присутствовали его родители, одобряя происходящее. Поэтому необходимо соблюдать все меры предосторожности, поощряя клиента раскрыть истину и найти подтверждающие доказательства, в том числе физические признаки совершенного насилия, свидетелей или сведения о событии в архивах медицинских учреждений. Вне зависимости от того, есть ли такие подтверждающие данные или нет, психотерапевту необходимо в первую очередь позаботиться о безопасности клиента и о поддержке его во время процесса психотерапии.

Помните, что проявление воспоминаний об ужасных подробностях насилия (вне зависимости от того, истинны они или нет) чрезвычайно болезненны для клиента, а любые утверждения психотерапевта об истинности или ложности этих воспоминаний лишь усилят его стресс. Более уместный подход состоит в признании, что на самом деле просто нет возможности выяснить, истинно или ложно воспоминание клиента, и поэтому психотерапевтический процесс должен быть сосредоточен на реальной симптоматике или проявлениях дистресса. Необходимо сосредоточить работу на реакциях клиента на травматическое событие или на образе насильника вне зависимости от того, насколько точным является воспоминание. Поддержка клиента в его переживаниях, возникающих во время переработки избранных предметом воздействия образов, также является крайне необходимой — неважно, истинно ли воспоминание о событии, имеет оно символический характер или же обусловлено замещающей травматизацией.

Однако если есть подозрение, что клиент действительно подвергался ритуальному насилию, важно выяснить наличие диссоциативных расстройств. Хронические случаи сексуального насилия являются основной причиной возникновения диссоциативных расстройств и могут оставаться скрытыми до тех пор, пока не будет предпринято самое тщательное исследование. Клиенты, у которых выявлены диссоциативные расстройства, не должны подвергаться ДПДГ-психотерапии до тех пор, пока психотерапевт не приобретет достаточный опыт работы с такими случаями (см. далее раздел о диссоциативных расстройствах).

Ветераны боевых действий

> Благословен воин, слышащий шепот покоя в своем сердце.
>
> *Неизвестный автор*

Случаи самообвинения

Эрик, один из первых ветеранов, прошедший лечение с помощью ДПДГ, показал мне — и показал таким образом, который я никогда не забуду, — что все двадцать лет его страданий после войны во Вьетнаме были основаны на его благородстве. Наиболее болезненными его воспоминаниями были вовсе не те, когда вокруг разрывались бомбы, а пули автоматных очередей летели над его головой. Более всего Эрика тяготили воспоминания, в которых он пытался спасти жизнь товарища, но ему не удавалось это сделать, или же те случаи, когда он считал, что виновен в смерти других людей. Трагедия состоит в том, что многие молодые люди, мужчины и женщины, прошедшие через опыт участия в войне, глубоко верят в фундаментальный религиозный принцип — верят, что жизнь священна. Когда война заканчивается, они пытаются вернуться к своим делам, но вдруг понимают, что отняли жизнь других людей, не смогли спасти своих друзей и оказались свидетелями всех тех ужасов, которые связаны с войной. Одно из наиболее болезненных воспоминаний Эрика было связано со случаем, когда он вызвал огонь артиллерии, чтобы защитить позиции своего взвода, и артиллерийские снаряды стали разрываться на краю селения, что стало причиной гибели многих детей. Хотя у Эрика не было выбора и в своих поступках он руководствовался чувством долга, спасая жизнь своих товарищей, сцена артиллерийского обстрела деревни преследовала его на протяжении двух десятилетий.

Есть два основных принципа, которые необходимо понять ветерану, страдающему посттравматическим синдромом. Во-первых, если он действительно настолько плохой человек, как думает, он не стал бы страдать от этого — плохих людей не мучает совесть на протяжении двадцати лет. Во-вторых, его страдания сейчас уже ничем не помогут тем, кто погиб во время войны, но они мешают ему совершить необходимые действия.

Чтобы помочь такому клиенту снизить чувство самообвинения, накопившееся на протяжении многих лет страданий и иррационального поведения, необходимо дать ему возможность понять, что вся его симптоматика, в том числе приступы интенсивного гнева, вызвана опытом участия в боевых действиях, запечатленным в его нервной системе. Когда болезненные переживания ветерана продолжаются достаточно долго, это часто приводит к необходимости медикаментозного лечения. В некоторых случаях эти переживания вызываются старыми привычными паттернами, сохранившимися еще со времен войны: поскольку алкоголь и наркотики иногда употреблялись солдатами, чтобы снять напряжение после боя, желание снова использовать их может быть связано с мыслями и чувствами, относящимися к воспоминаниям о войне.

Работа с чувством утраты контроля

Определение соответствующих границ воздействия при лечении ветеранов боевых действий принципиально важно для достижения положительных психотерапевтических результатов. Поскольку ДПДГ предлагается как новая форма лечения, это может вызывать у клиента опасения, что над ним проводятся эксперименты, или же чувство депрессии, связанное с напоминаниями о прежних неудачных попытках лечения. Поскольку ветераны обычно являются жертвами многочисленных травматических событий и вызванной ими патологии, длящейся на протяжении десятилетий, психотерапевт должен позаботиться о том, чтобы тщательно подготовить клиента к возможной интенсивности эмоций во вре-

мя переработки, продолжающейся как во время самих сеансов, так и в интервалах между ними. Эти предупреждения чрезвычайно важны, так как в процессе лечения у ветеранов войны обычно наблюдается сильное истощение.

Таким пациентам может в значительной мере помочь понимание, что их симптоматика в действительности определяется очевидной причинно-следственной зависимостью. Поскольку опыт участия в боевых действиях приводит к состоянию внутреннего хаоса и отсутствия контроля, ветераны часто испытывают такие же чувства и во время психотерапевтического исследования травматического материала и вызываемой им симптоматики. Для обеспечения большей эффективности лечения психотерапевт должен позаботиться о создании у клиента ощущения, что в лечении все происходит по плану. Это поможет лучше определить характер подхода, необходимого для преодоления патологии.

Важно объяснить, что во время ДПДГ могут возникать детские воспоминания, о которых необходимо сообщать психотерапевту. Поскольку при лечении ветеранов основной упор все-таки делается на впечатлениях от участия в боевых действиях, часто может игнорироваться история клиента до заболевания. Можно с уверенностью сказать, что многие ветераны оказались участниками войны с далеко не идеальным опытом детства. Если в детстве человек подвергался насилию или оказался в роли жертвы во время ситуаций, которые были вне его контроля (например, в случае родителей-алкоголиков), то полученный во время войны отрицательный опыт может образовать ассоциативную связь с уже существовавшими ранее травматическими факторами. Действительно, во время ДПДГ у клиента часто возникают проявления травматического опыта детства, нуждающиеся в переработке. Если ветеран будет игнорировать эти образы, считая их малозначительными, это может препятствовать достижению психотерапевтического эффекта. Поэтому психотерапевту необходимо помочь ветерану обрести понимание важности его детского опыта, побуждая рассказывать обо всех воспоминаниях по мере их возникновения.

Проявления рентных установок

Важно тщательно учесть и все возможные аспекты проявления рентных установок. Как уже обсуждалось в главе 4, рентные установки можно считать частью патологии и необходимо учитывать для достижения психотерапевтического эффекта. Проявления рентных установок особенно часты у ветеранов, так как связаны с их отождествлением себя с образом солдата и уверенностью в том, что полученная во время войны травма является причиной всех их неудач на протяжении многих лет, вызывает тревожность, расстройства сна и другие симптомы, в результате чего они получают финансовую поддержку от Департамента по делам ветеранов.

Психотерапевту необходимо помнить, что если он предлагает ветерану применение ДПДГ для устранения ночных кошмаров, навязчивых мыслей и тягостных воспоминаний, то это может угрожать ему и его семье лишиться пособия по нетрудоспособности. Для тех ветеранов, которым не удалось трудоустроиться и получить специальность, такая перспектива может быть пугающей. Поэтому, если психотерапевт не сумел реалистически оценить наличие рентных установок, необходимо попытаться ослабить страх ветерана путем разработки реалистического плана действий, чтобы свести к минимуму риск неудачи в достижении психотерапевтического эффекта.

Аффилиация и страх забывания

Другой вид страха, возникающий у клиентов при использовании ДПДГ и имеющий особую важность при работе с ветеранами войны, — это страх забывания. Психотерапевту необходимо объяснить, что, когда человек освободится от страданий и отрицательных образов, это не будет означать полной потери памяти и он никогда не забудет опыт, полученный во время войны. Более того, когда он обретет способность жить более здоровой и полноценной жизнью, у него будет больше возможностей почтить память своих погибших товарищей. Так, после проведения успешного лечения один из наших клиентов смог более эффективно заняться помощью другим ветеранам, их вдовам и детям, что сохраняло у него чувство связи с теми, кто служил вместе с ним и погиб во время войны. У некоторых ветеранов возникает опасение утратить своего рода “остроту” чувств, обретенную во время войны. В этом случае психотерапевту необходимо заверить клиента, что его способность адекватно реагировать нисколько не уменьшится при использовании ДПДГ. После обсуждения возможных проявлений рентных установок необходимо избрать предметом воздействия все существующие у клиента остаточные страхи.

Проблема аффилиации чрезвычайно важна при работе с ветеранами. Для многих опыт, приобретенный во время войны, оказывается наиболее глубоким. При переживании ужасов войны и проявлений героизма у человека возникает чувство глубокой связи с другими, и ветеран может опасаться утратить его, если болезненные воспоминания о войне ослабеют. Поэтому очень важно заверить клиента, что это чувство связи сохранится и в том случае, если у данного клиента будет наблюдаться больший психотерапевтический прогресс, чем у других пациентов. Это предостережение особенно важно при работе с ветеранами, проходящими стационарное лечение либо лечение в специальных группах, организованных в клиниках Департамента по делам ветеранов.

У клиента может возникать чувство отчуждения и в том случае, если он сам перестанет фиксироваться на воспоминаниях, связанных с войной, но будет слушать в клинике или в психотерапевтической группе рассказы других ветеранов. Поэтому психотерапевту необходимо позаботиться об устранении любых сопутствующих проявлений фрустрации или утраты чувства солидарности с товарищами. Избрание таких чувств предметом воздействия и переработки с помощью ДПДГ сможет помочь клиенту во время трудного переходного периода.

Случаи отрицания травматического события и переходные состояния

Необходимо быть очень внимательным к возможному отрицанию ветеранами своих поступков, причинивших вред другим людям. Так как ДПДГ часто приводит к новым инсайтам и открытиям, это может впервые показать клиенту действительную степень ответственности за совершенные в прошлом действия. В одном из случаев ветеран продолжал испытывать чувство ярости, направленной на врага. Он был призван на воинскую службу вместе со своим лучшим другом, который погиб у него на глазах. Клиент поклялся отомстить за смерть друга и пять раз отправлялся на боевое задание с целью убить как можно больше солдат противника. Движимый потребностью убивать, он безрассудно вел свой взвод в самые опасные места. Во время ДПДГ ярость его начала рассеи-

ваться и он внезапно воскликнул: "Наверное, я такой же плохой человек, как и те солдаты противника, которых я стремился убить! Ведь я совершенно не думал о том, что могут погибнуть мои товарищи!"

Во время такой критической переходной стадии признания совершенных в прошлом действий ветераны могут быть особенно ранимыми. Поскольку все эти открытия весьма болезненны, существует опасность, что пациент сорвет весь курс психотерапии. Поэтому следует особенно поддерживать таких клиентов, чтобы они смогли достичь следующего информационного плато. Психотерапевту необходимо приложить значительные усилия, чтобы помочь ветерану определить меру своей ответственности и с помощью применения когнитивного взаимопереплетения дать ему возможность осознать, насколько он был молод, когда оказался на войне, где общее давление ситуации, хаос, болезненные переживания, страх и наркотики оказывали влияние на его поступки. Воспоминание о забытых травматических событиях может проявиться внезапно во время процесса переработки у тех ветеранов, которые отрицают свою вину и ответственность за поступки, причинившие вред другим людям. Независимо от того, было ли вызвано отрицание своей ответственности за эти действия недостатком понимания или же диссоциативными факторами — ДПДГ сможет стать причиной эмоционального прорыва, но только при согласии клиента с психотерапевтом и достаточной квалификации психотерапевта. Если такая психологическая поддержка не обеспечена, клиент будет отвечать на проявления эмоциональной боли попытками самолечения или станет саботировать процесс психотерапии, что не позволит достичь желаемого эффекта.

Эмоции можно считать дисфункциональными, когда они не усиливают клиента, а ослабляют его. Избрание предметом воздействия и переработки чувства вины у ветерана сразу же, как только оно возникает, сможет помочь ему достичь соответствующего уровня ответственности за свои действия. Для многих клиентов это связано с желанием искупить вину за совершенные в прошлом действия. В таких случаях полезно предложить им заняться помощью вдовам и детям погибших ветеранов. Подобные действия скорее всего помогут пациенту обрести необходимое чувство цели. Чтение лекций в университетах об опыте войны или работа добровольцами в больницах также являются неплохими способами освобождения от ужасов, пережитых этими пациентами. Все приведенные выше советы могут быть при необходимости дополнены применением когнитивного взаимопереплетения.

Работа с гневом

Приступы гнева являются особенно острой проблемой для ветеранов боевых действий. Многие из них страдают от таких неконтролируемых приступов, возникающих по незначительным поводам. Эти проявления требуют особого внимания психотерапевта, так как последствием приступов может быть жестокое обращение пациента с женой или детьми. Действительно, многие супружеские пары на протяжении долгого времени страдали или даже распались от приступов гнева у ветеранов. Таким клиентам полезно объяснять, что их гнев прямо связан с травматическим опытом войны и что переработка воспоминаний и соответствующих сегодняшних раздражителей поможет лучше контролировать свое поведение. Образно говоря, процесс переработки информации исчерпывает источник гнева, уменьшая вероятность его проявления. Кроме того, необходимо

предложить клиенту техники самоконтроля (описанные подробно в главе 9) для использования в случае приступов гнева. Так, упражнение по созданию безопасного места может быть особенно полезным для такого типа клиентов, так как сама специфика их патологии включает в себя потребность оставаться бдительным во всех случаях жизни.

Чтобы помочь клиентам справиться с проявлениями гнева, следует творчески применять различные типы вмешательства. При стационарном лечении ветеранов в клиниках Комитета по делам ветеранов (Lipke, 1992a) необходимо прежде всего достичь с ними определенных соглашений и только после этого применять ДПДГ. Первое соглашение состоит в том, что ветеран обязуется не вставать с места во время сеанса ДПДГ, предварительно не обсудив это с психотерапевтом. При сильных приступах гнева или других бурных эмоциях клиенту можно посоветовать крепко сжимать ручки кресла. Это будет напоминать ветерану, что в настоящее время он находится не во Вьетнаме или Ираке, а дома, в Америке. Для таких клиентов особенно важно во время ДПДГ поддерживать двойную фокусировку внимания. Кроме того, их необходимо поощрять высказывать свои чувства гнева, страха и др.

Приведем пример того, как необходимость внесения изменений в процесс лечения проявилась во время сеанса по переработке приступов сильного гнева, возникавших у клиента в различных, казалось бы, совершенно невинных ситуациях, связанных с бизнесом. Большая часть приобретенного в Вьетнаме опыта уже была переработана, и все инциденты зафиксированы в дневнике клиента. В соответствии со стандартным протоколом ДПДГ эти ситуации и связанные с ними раздражители были обсуждены и подвергнуты переработке. Однако во время первой серии движений глаз клиент поднял руку и попросил остановить процесс, заявив, что не готов к дальнейшей работе. Когда психотерапевт спросил его о причине, клиент ответил: “Я только что понял, что именно благодаря этому гневу я остался в живых во Вьетнаме и смог сделать то, что должен был сделать. Поэтому я опасаюсь, что если мы будем продолжать, у меня снова возникнет приступ гнева и я могу причинить вам вред”. Психотерапевт поблагодарил клиента за честное признание и занялся исследованием специфики опасений клиента. Тот сказал, что если позволит полностью проявиться своим эмоциям, то опасается автоматически спроецировать их на любого человека, который в этот момент окажется рядом с ним. Психотерапевт не сомневался в достигнутой клиентом внутренней стабильности, но важно было проявить уважение к его потребности в безопасности. Поэтому он предложил клиенту выйти во двор, где в это время никого не было, и там позволить себе любые эмоции, выражая словами все свои чувства и, если нужно, колотя кулаком по земле. Когда клиент почувствует, что готов продолжать сеанс, он вернется в кабинет психотерапевта. Примерно через полчаса клиент возвратился со счастливым выражением лица. Оказалось, что он действительно был переполнен эмоциями, ослабевшими после того, как он позволил им проявиться. Пациент сказал, что теперь он уже не жертва своих эмоций, а их хозяин. Эти слова были использованы в качестве положительного самопредставления во время последующих серий движений глаз. После этого нынешние раздражители были успешно переработаны без каких-либо происшествий. Во время последующих сеансов было отмечено, что приступы гнева на работе стали проявляться у клиента гораздо реже, а если они и возникали, то степень гнева была настолько снижена, что клиент мог легко справляться с ним с помощью техник самоконтроля.

Использование когнитивного взаимопереплетения

Информационные плато, возникающие в процессе переработки и обсуждавшиеся в разделе о жертвах сексуального насилия, в такой же мере связаны и с лечением ветеранов боевых действий. Использование когнитивного взаимопереплетения, помогающее признать степень своей ответственности, безопасность в настоящем и будущую возможность выбора, могут быть чрезвычайно полезны при работе с ветеранами. Приведем пример. У ветерана возникло отреагирование, связанное с ситуацией, когда во время смены караула был убит новобранец. Избежать смены караула было нельзя, так как был отдан приказ, но, несмотря на это, клиента переполняло чувство вины. Психотерапевт использовал когнитивное взаимопереплетение, спрашивая пациента: “Что бы вы предложили сделать своему племяннику, если бы он оказался в такой ситуации?” Ветеран сказал, что он предложил бы подчиниться приказу. Дополнительные серии движений глаз изменили это информационное плато, и воспоминание было успешно переработано.

У другого ветерана снизилось чувство вины за участие в войне после того, как психотерапевт задал ему вопрос, стал ли бы он обвинять своего сына, если бы тому пришлось оказаться во Вьетнаме. Ветеран заплакал, и после этого тяготившее его двадцать лет чувство вины было успешно переработано. Хотя когнитивное взаимопереплетение оказывается эффективным при работе далеко не со всеми ветеранами, оно часто бывает весьма полезным, в особенности если клиенту задаются правильные вопросы. Даже если ответ на них дается не сразу, ветеранам приходится думать об этом на протяжении последующих серий движений глаз. Страдания таких клиентов прежде всего связаны с тем, что они зациклились на страхе перед несущими угрозу для жизни ситуациями, неизбежными во время войны, и когнитивное взаимопереплетение часто оказывается весьма полезным и приводит клиента к утверждению: “Все позади, сейчас я в полной безопасности”.

Психотерапия с ветеранами старшего возраста

Особый подход требуется при работе с ветеранами второй мировой войны и войны в Корее, которые обращаются к психотерапевту уже в пенсионном возрасте, с очень давней симптоматикой посттравматического синдрома. Следует тщательно определить физическое состояние такого клиента, в том числе возможные проблемы с сердцем или с дыханием — эти проблемы могут сделать использование ДПДГ невозможным по причине риска для здоровья, возникающего во время бурного отреагирования. В качестве меры предосторожности некоторые программы медицинской помощи ветеранам предполагают использование ДПДГ при работе с пожилыми пациентами только в стационарных условиях.

Психотерапия с женщинами-ветеранами

Особенно внимательным необходимо быть при работе с женщинами-ветеранами, как непосредственно участвовавшими в боевых действиях, так и с медицинскими работниками, также ежедневно сталкивавшимися во время вой-

ны со страданием раненых. Хотя у многих женщин и нет прямо выраженных симптомов посттравматического синдрома, связанного с военными событиями, они часто испытывают чувство вины от невозможности спасти жизнь погибших, и некоторых бывших медсестер на протяжении многих лет преследуют образы обезображенных лиц раненых и умирающих. Психотерапевту следует быть особенно внимательным во время стадии отреагирования, вызванного применением ДПДГ, при необходимости используя когнитивное взаимопереплетение и напоминая клиентам о помощи, которую они оказывали раненым, так как иначе они просто умерли бы, брошенные на поле боя. Психотерапевту необходимо помнить, что эти женщины часто испытывают не меньшие страдания, чем те, кто непосредственно участвовал в боях.

Диссоциативные расстройства

Можно с уверенностью сказать, что большинство затруднений, психотерапевтических проблем и опасностей причинить вред при неправильном использовании ДПДГ связаны с клиентами, страдающими диссоциативными расстройствами. Однако правильное применение ДПДГ значительно ускоряет и облегчает лечение таких клиентов.

Психотерапевт не должен приступать к работе с пациентом, страдающим диссоциативными расстройствами, не имея достаточной подготовки и опыта работы с этим типом клиентов. При неверном использовании техники ДПДГ вероятность причинить вред клиентам достаточно высока.

Поскольку психические расстройства, называвшиеся ранее расщеплением личности, согласно современной квалификации в DSM-IV считаются диссоциативными расстройствами идентичности, мы будем придерживаться здесь именно такого определения.

Недостаточное исследование клиента и его подготовка или неверное применение техники ДПДГ могут иметь поистине роковые последствия. Например, казалось бы, явно успешный сеанс ДПДГ может вдруг усилить дисфункциональность у клиентов с расстройствами идентичности и привести к суицидальным попыткам, стремлению нанести себе увечье или к иной критической ситуации, требующей срочной медицинской помощи. Вне зависимости от конкретной симптоматики лечение клиентов с диссоциативными расстройствами идентичности психотерапевтом, не знакомым со всеми нюансами потребностей таких клиентов, может иметь очень опасные последствия и именно поэтому мы считаем необходимым обратить внимание на эту проблему всех специалистов, работающих в сфере душевного здоровья. Возникшая дискуссия о “ложных воспоминаниях” привлекла внимание к проблеме недостатка контроля в психотерапии.

Диссоциативные расстройства, четко выделенные DSM-IV в отдельную группу, с точки зрения модели ускоренной переработки информации рассматриваются как определенные неврологические конфигурации, возникшие в результате выраженного и длительного воздействия травмирующих факторов. Результатом воздействия травматических факторов становится появление многочисленных изолированных друг от друга фрагментов переживаний, запечатленных в нервной системе в форме, обусловленной пережитым состоянием (Braun, 1988). Согласно этой модели, при диссоциативных расстройствах идентичности отдельные сегменты, объединенные в своего рода сети, начинают как бы жить

собственной жизнью. Такие компоненты личности отражают травматическую информацию, накопленную в измененных состояниях в изолированных друг от друга нейросетях.

Возникающие при этом амнезические барьеры, характерные для диссоциативных расстройств идентичности, весьма симптоматичны и для обусловленной пережитым травматическим состоянием сегментации переживаний, объединенных вокруг ключевого травматического события или связанных с ним отрицательных эмоций. Так как ДПДГ перерабатывает травматические воспоминания, амнезические барьеры постепенно исчезают и нейросети приобретают возможность установить связь друг с другом. После исследования диссоциативности и стабилизации состояния клиента проявления страха перед интеграцией отдельных сегментов переживаний и боязнь утраты идентичности, в том числе и боязнь "умереть", можно рассматривать как отрицательные самопредставления и подвергать их переработке. Однако многие психотерапевты, работающие с техникой ДПДГ, свидетельствуют, что спонтанная интеграция и смешение этих сегментов переживаний действительно могут происходить. Так, например, когда произошла переработка травм, "другое Я" клиентов может внезапно сказать: "Видимо, нам пришло время проститься".

Так же как и при использовании других методов (например, гипноза), применение ДПДГ может вызвать у клиента бурное отреагирование. Поэтому первостепенное значение приобретает правильная подготовка пациента, включающая понимание самой системы "множественных личностей" и того, как она организована (Kluft & Fine, 1993; Putnam, 1989). По мере возможности клиентам следует объяснить необходимость участия в процессе всех диссоциированных частей их личности. Многие психотерапевты обучают клиентов способам сосредоточения внимания на всех их "других Я", воспринимая их с точки зрения хозяина или же, наоборот, с точки зрения одного из "других Я", подвергающегося лечению. Другие психотерапевты применяют ДПДГ при работе с отдельными "другими личностями", но только после того, как убедятся, что представляемое этой "иной личностью" состояние не находится в оппозиции по отношению ко всей остальной системе. Если же не установлен правильный диагноз, и не проведена необходимая подготовка (хотя все система "множественных личностей" и проявила готовность участвовать в работе), то даже, казалось бы, успешный сеанс может обеспечить только временное улучшение и привести к активации неконтролируемых переходов от одной "личности" к другой и проявлению в периодах между сеансами явно безумных или опасных "других "Я".

Хотя применяемый во время стадии отреагирования стандартный протокол, предусматривающий использование гипноза, часто предполагает возникновение чувства искажения времени, при ДПДГ от такого воздействия лучше все-таки отказаться.

Легкое гипнотическое внушение может быть использовано для достижения релаксации и увеличения чувства безопасности клиента, однако психотерапевту следует определить, насколько необходимо для данного клиента более глубокое внушение, способное привести к чувству искажения времени, помня о том, что ДПДГ может вызвать очень быстрые изменения в травматическом материале. Возникающие при внушении искажения в восприятии времени вызывают у клиента дополнительное беспокойство, и именно поэтому применение гипноза не рекомендуется. Кроме того, хотя клиенты обычно не полностью погружаются в травматический материал (как бывает во время гипноза), физические или гип-

нотические средства сдерживания клиента нельзя считать необходимыми при использовании ДПДГ.

Более того, само возникновение потребности в сдерживании можно рассматривать как явный признак того, что ДПДГ применяется не вполне корректно. Это свидетельствует о том, что пациент находится на грани срыва и утраты контроля над собой и нуждается в стационарном лечении.

Специфическая форма протокола для работы с отреагированием (Fine, 1991) вполне подходит при использовании ДПДГ. Такой протокол дает возможность создать более безопасную обстановку для клиентов, страдающих диссоциативными расстройствами идентичности, и в настоящее время используется многими психотерапевтами при амбулаторном лечении. Вне зависимости от того, какой именно протокол использует психотерапевт, все эти меры прежде всего предполагают опыт психотерапевта в лечении диссоциативных расстройств, позволяющий определять, происходит ли интеграция перерабатываемого материла или же, наоборот, его дальнейшая диссоциация. Это предостережение предусматривает проверку воспоминания на непрерывность, что необходимо для получения последовательного описания избранного предметом воздействия события.

Стандартный протокол ДПДГ может использоваться после того, как было уделено достаточное внимание отрицательному и положительному представлению, а также сканированию тела. Определить отрицательное самопредставление часто бывает нелегко, так как у различных "множественных личностей" могут быть различные убеждения. В некоторых случаях использование фраз, упоминающих опасность или утрату чего-либо, приводит к активации избранного предметом воздействия события. Положительное самопредставление должно быть тщательно определено с учетом всех относящихся к нему "других Я". Использование таких стандартных положительных самопредставлений, как "Я контролирую себя" или "Я сильный", может быть проблематичным при интерпретации "других Я" как с суицидальной ориентацией, так и одержимых мыслью об убийстве, причиной чего может быть сама специфика конфигурации системы "множественных личностей".

После того как переработка произошла, следует повторно обратиться к травматическим воспоминаниям, чтобы выяснить, все ли дисфункциональные эмоции достигли положительного разрешения. Для этого необходимо провести визуальную, когнитивную и соматическую проверку состояния клиента. Затем необходимо провести сканирование тела — отдельно для каждой из "множественных личностей". Эта процедура может отнимать довольно много времени, но до тех пор, пока не будет проведена такая соматическая проверка и при повторном обращении к травматическому материалу не будут обнаружены проявления беспокойства в каждой из "множественных личностей", психотерапевт не может сделать вывод о том, что дисфункциональный материал переработан и метаболизирован.

Протоколы, используемые при работе с клиентами, которым поставлен диагноз диссоциативных расстройств, быстро изменяются и совершенствуются по мере накопления данных, и поэтому психотерапевтам необходимо быть в курсе новейших идей в этой области. В приложении II даются советы по оцениванию и лечению таких пациентов, а также приводится предварительный вариант инструкции по работе с диссоциативными расстройствами. Изложенные выше соображения касаются всего спектра диссоциативных расстройств — от рас-

стройств “эго” до полномасштабных диссоциативных расстройств идентичности.

Общая оценка

ДПДГ не является панацеей от всех болезней. Чтобы определить, является ли воспоминание полностью переработанным, диссоциативность адекватным образом разрешенной, а жалобы клиента прекращены, предпринимается соответствующая оценка. Ни один метод не может считаться успешным без клинической и поведенческой оценки на протяжении достаточно длительного времени. Поэтому столь важны записи в дневнике клиента и основанная на них обратная связь. Клиентам необходимо предоставить возможность обращаться к психотерапевту и после завершения лечения. Кроме того, у клиента могут проявляться и другие воспоминания. Понятно, что далеко не весь дисфункциональный материал должен (и может) проявиться. Но психотерапевту необходимо всегда создавать для клиента возможность такого проявления.

Продолжающийся дистресс и неполное разрешение травматических воспоминаний после использования ДПДГ являются признаком того, что в дополнение к ДПДГ или вместо нее необходимо использовать иные методы. Некоторые клиенты не могут переработать травматические воспоминания без использования когнитивного взаимопереплетения и других дополнительных способов работы с отреагированием. Эти способы могут быть полезными для клиентов, зафиксировавшихся на том или ином информационном плато.

Если психотерапевт не очень хорошо знаком с использованием когнитивного взаимопереплетения и видит, что клиент продолжает испытывать дистресс, связанный с травматическими воспоминаниями, он должен прекратить ДПДГ и обратиться за консультацией к квалифицированному специалисту. Если когнитивное взаимопереплетение используется под руководством опытного специалиста, но тем не менее ситуация клиента никак не изменяется, необходимо прекратить применение ДПДГ и связаться с другим консультантом или найти сообщение о подобном случае среди публикаций Бюллетеня ассоциации ДПДГ (см. приложение III).

Очевидно, что ДПДГ эффективна не для каждого клиента. Требуется провести несколько сеансов для выявления пригодности этой техники в каждом конкретном случае и определения уровня переработки, происходящей (или не происходящей) у данного клиента. Понятно, что психотерапевт не может ждать несколько месяцев, на протяжении которых клиент будет испытывать явный дистресс, чтобы потом принять решение о необходимости применить другой метод. Если необходимая переработка не происходит на протяжении первых нескольких сеансов, причина состоит либо в неправильном применении ДПДГ, либо в непригодности этой техники в настоящий момент для данного клиента. Для некоторых пациентов ДПДГ просто не подходит.

Доказательство эффективности различных протоколов ДПДГ основано скорее на эмпирических наблюдениях, а не на специально проводившихся научных исследованиях. Поэтому психотерапевту необходимо использовать свой опыт и оценить эффективность тех или иных протоколов для конкретного пациента или контингента клиентов. Адекватное определение эффективности или неэффективности психотерапии может быть основано лишь на индивидуальной ответной реакции данного клиента. Попытка оказать давление на клиента, чтобы

добиться его согласия продолжать ДПДГ-психотерапию или убедить его, что проводимое лечение является для него единственным способом выздороветь, легко может привести к нежелательным последствиям. Помните, что к защитным проявлениям клиента необходимо относиться с большим уважением. Психотерапевтическая работа с ДПДГ — это своего рода танец, и в этом танце ведущая роль принадлежит именно клиенту.

Итоги и выводы

При работе с контингентом клиентов, о котором шла речь в данной главе, необходимо учитывать возможные проявления сопротивления и несогласия с психотерапевтом. Психотерапевту необходимо убедиться в том, что с клиентом установлены необходимые психотерапевтические отношения, проведено определение целей работы и выяснена приоритетность в выборе предметов воздействия. В этой работе особенно важны гибкость психотерапевта и его творческий подход.

Когнитивное взаимопереплетение незаменимо для достижения устойчивого психотерапевтического успеха при работе с клиентами, страдающими от сексуальных травм, от травматических воспоминаний, связанных с войной, или от диссоциативных расстройств. Психотерапевтам необходимо использовать ДПДГ при работе только с теми клиентами, которых действительно нельзя вылечить без применения этой техники.

Дети в возрасте от двух лет могут подвергаться успешному лечению при условии внесения соответствующих изменений в стандартный протокол ДПДГ. Для них необходимо прежде всего создать безопасную обстановку, в которой ребенок может воспринимать психотерапевта как фигуру столь же авторитетную, как и его родители. Создание первоначального положительного впечатления от ДПДГ, а также использование техник, способствующих концентрации внимания, создает у детей быстрый позитивный эффект.

Использовать ДПДГ в терапии супружеских пар может лишь психотерапевт, имеющий опыт работы в семейном консультировании. При психотерапии членов супружеской пары следует с уважением относиться к беспокоящим воспоминаниям об их взаимоотношениях, а также к детскому опыту, который оказывает заметное влияние на сегодняшние проблемы, а также к нынешним обстоятельствам, обостряющим беспокойство клиента. Особое внимание необходимо уделять тем случаям, когда один или оба члена супружеской пары оказываются жертвами пережитого в прошлом сексуального насилия, а также тем случаям, когда партнеры испытывают последствия супружеской измены.

Важно, чтобы жертвы сексуального насилия прибрели начальный положительный опыт, связанный с ДПДГ, с помощью упражнения по созданию безопасного места и обучения различным техникам релаксации, позволяющим усилить чувство безопасности и самоконтроля. Хотя воспоминания, бывшие ранее диссоциированными и неразрешенными, могут проявляться у клиента во время психотерапии, важно признавать возможность “замещающей травматизации” или обмана со стороны клиента. Пациентам необходимо предоставить достаточно времени для интеграции новых информационных плато и достигнутых ими эмоциональных стадий. Дальнейшую переработку можно проводить только после интеграции.

Лечению ветеранов боевых действий часто препятствуют проявления рентных установок — одной из основных является боязнь утратить право получения компенсации по нетрудоспособности. При разработке плана лечения необходимо принимать во внимание эти факторы, а также историю клиента до заболевания, возможное чувство вины и бурные проявления гнева. Кроме того, особое внимание следует уделять ветеранам пожилого возраста и женщинам.

Наибольший риск при использовании ДПДГ связан с клиентами, страдающими от диссоциативных расстройств. Хотя процент успешного применения ДПДГ в этих случаях достаточно высок, психотерапевт должен быть хорошо информирован в этой специфической области, обладать опытом использования когнитивного взаимопереплетения и быть готовым внести изменения в стандартную процедуру ДПДГ. До начала применения ДПДГ следует оценить вероятность наличия диссоциативных расстройств у клиентов. Дополнительные советы и предложения, связанные с диссоциативными расстройствами, приводятся в приложении II.

Психотерапевту необходимо проводить проверку, чтобы определить, достигнут ли желаемый эффект лечения. Возможность клиента в любое время обратиться к психотерапевту за дальнейшей поддержкой также очень важна для успешного продолжения работы. Для некоторых клиентов техника ДПДГ не подходит. Сохранение дистресса у таких клиентов является верным признаком необходимости прибегнуть к иным методам лечения. Хотя с помощью Сети ДПДГ можно получить любые консультации по спорным вопросам, в конечном счете решение о применимости ДПДГ для данного клиента выносится на основе собственных наблюдений психотерапевта.

12. ТЕОРИЯ, ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

> Пять чувств, неисправимо абстрактный интеллект, основанная на случайной избирательности память, набор предвзятых мнений и произвольных допущений, которых так много, что я смогу изучить лишь малую их часть и никогда не пойму все... Как же с помощью всего этого я могу познавать реальность?
>
> *К. С. Льюис*

В первой части данной главы мы рассмотрим некоторые теории, относящиеся к механизмам достижения положительного эффекта при использовании ДПДГ. К сожалению, сегодня наших знаний о физиологии мозга недостаточно для подтверждения этих теорий, и вероятность того, что данная ситуация изменится в ближайшем будущем, невелика. Однако ДПДГ действительно может вызывать быстрый психотерапевтический эффект, и существует ряд теорий, пытающихся объяснять, как работает эта техника. Во второй части главы мы поясним некоторые критерии исследований ДПДГ и опишем сами эти исследования, проводившиеся при лечении посттравматического синдрома; рассмотрим результаты исследований и выскажем свои предложения относительно дальнейшего изучения эффективности ДПДГ. Последний раздел этой главы посвящен клиническому применению результатов исследований.

Теоретическое объяснение

Техника ДПДГ была открыта в результате моего случайного наблюдения, сделанного во время прогулки в парке, а ее развитие и совершенствование основано на клиническом опыте. Теории, пытающиеся объяснять, как работает ДПДГ, возникли после появления самой техники и пока еще не получили своего подтверждения. Однако недостаток объяснений механизмов, лежащих в основе ДПДГ, ни в коей мере не умаляет очевидной эффективности самой техники. Некоторые из этих теорий могут иметь практическую пользу, так как помогают усовершенствовать саму методологию.

Модель ускоренной переработки информации использует язык нейробиологии. Ее физиологические основы, которые несомненно существуют, в настоящее время неизвестны, так же как неизвестны физиологические основания других информационно-перерабатывающих моделей. Однако я считаю, что идентификация физиологических механизмов, лежащих в основе переработки информации, не столь важна, как само развитие клинических процедур, основанных на концептуальной парадигме, эффективность которых может быть проверена на практике. Наблюдения эффектов, возникающих в результате применения техники ДПДГ, привели к созданию модели ускоренной переработки информации. Принципы, из которых постепенно возникла эта модель, были разработаны для успешного предсказания новых форм психотерапевтического применения техники, ее процедурных вариаций и протоколов, используемых в клинической практике. Нейробиологическая модель может быть весьма полезной как своего

рода психотерапевтическая карта и как унифицирующая теория, интегрирующая в себе наиболее яркие аспекты различных психологических подходов.

В простейшей форме эта модель включат в себя физиологические понятия об активации нейросетей, контробусловливании и ассимиляции эмоционально корректной, адаптивной информации. Во время применения ДПДГ активируется нейросеть, содержащая в себе избранную предметом воздействия травматическую информацию, отрицательные проявления смягчаются и получаемая в результате информация приобретает положительный характер и поэтому сохраняется в памяти более функциональным образом. ДПДГ действительно может быстро приводить к таким изменениям вне зависимости от того, какое теоретическое объяснение мы будем для этого предлагать.

Все теории о том, как работает техника ДПДГ, в настоящее время являются всего лишь спекулятивными — и, вероятно, таковыми и останутся на протяжении еще долгого времени. Но, к счастью, для практического применения данного эффективного способа лечения нам необязательно знать механизм его работы. Подобным образом пенициллин начал применяться в медицине вследствие вызываемых им явных положительных результатов задолго до того, как был понят механизм его действия.

Чтобы исследовать теоретические обоснования механизма работы ДПДГ, прежде всего приведу обзор объяснений, предложенных мной в опубликованной ранее статье (Shapiro, 1991a), а затем перейду к более новым идеям, связанным с кортикальными функциями. Очевидно одно — вне зависимости от того, какое из теоретических объяснений получит подтверждение, оно будет учитывать весь комплекс факторов, связанных как с процедурными элементами практического применения ДПДГ, так и с нейрофизиологическими механизмами.

Процедурные моменты

Любая оценка психотерапевтической эффективности ДПДГ должна учитывать все процедурные моменты. Многие из них были разработаны для обретения клиентом эмоционально корректирующего опыта и традиционно считаются важными для эффективности психотерапии (Alexander, 1956; Alexander & French, 1946; Foa & Kozak, 1986; Lang, 1979; Watzlawick, 1987). Далее мы перечислим некоторые из таких процедурных моментов ДПДГ-психотерапии, которые должны способствовать обретению клиентом положительного опыта.

1. Точно дозированное воздействие на клиентов, тщательно подготовленных к получению положительного опыта, считается важным процедурным моментом при ДПДГ. Как уже объяснялось в главе 1, воздействие на клиента обычно считается основным компонентом в поведенческой психотерапии посттравматического синдрома, и многие исследования сосредоточены на эффективности таких техник, как десенсибилизация (Brom, Kleber, & Defares, 1989; Peniston, 1986) и прямое психотерапевтическое воздействие (Boudewyns & Hyer, 1990; Cooper & Clum, 1989; Foa et al., 1991; Keane et al., 1989), в котором этот элемент имеет первостепенное значение. В упомянутых исследованиях психотерапевтический эффект был достигнут в результате проведения от 6 до 16 психотерапевтических сеансов длительностью от 60 до 90 минут каждый. О наиболее значительном психотерапевтическом эффекте (около 60%) приводится сообщение в двух исследованиях (Brom et al, 1989 — использовалось 15 сеансов десенсибилизации и Foa et al., 1991 — анализируется эффективность 7 сеансов продолжи-

тельного воздействия на клиента плюс примерно 20 часов воздействия во время выполнения клиентом домашних заданий). Недавно были опубликованы результаты пилотажного исследования применения ДПДГ у пациентов с посттравматическим синдромом (Forbes et. al. 1994), в котором достигнутая психотерапевтическая эффективность сравнивалась с предшествующими исследованиями с применением эквивалентных способов измерений после всего лишь пяти психотерапевтических сеансов и без выполнения клиентами домашних заданий. Согласно этим данным, большая часть устойчивых эффектов психотерапии была достигнута при использовании техник воздействия для лечения клиентов с посттравматическим синдромом, описанных в работе Ричардса, Лоуэлла и Маркса (Richards, Lovell, & Marks, 1994), сочетавших восемь сеансов работы с воображением и непосредственное воздействие с ежедневным выполнением домашнего задания длительностью в один час на протяжении двух месяцев. В исследовании сообщается об ослаблении симптомов в 65—80%, в отличие от 30—60% случаев улучшения в ранее упомянутом исследовании. Однако для достижения такого результата потребовалось достаточно длительное воздействие (около 50 часов психотерапевтических сеансов и домашних заданий). Сравним это с результатами недавнего исследования лечения 80 жертв различных психических травм (Wilson et. al., в печати), в котором сообщается, что после трех сеансов ДПДГ был достигнут психотерапевтический эффект, сравнимый с упомянутым в исследовании Ричардса и др. (Richards et. al., 1994). Еще одно исследование (Vaughan, Wiese, et. al., 1994) сравнивает результаты четырех сеансов ДПДГ и примерно 20 часов прямого психотерапевтического воздействия, делая вывод о сопоставимости результатов этих двух процедур.

Хотя воздействие на клиента, несомненно, является необходимым элементом ДПДГ-психотерапии, его недостаточно для объяснения быстрых эффектов лечения. Несмотря на это, подготовка клиента, увеличивающая его способность оставаться в контакте с беспокоящими образами, а также смена периодов воздействия с когнитивным обсуждением являются весьма важными аспектами ДПДГ-психотерапии. Возможно, воздействие при высокой степени беспокойства клиента является самым важным вкладом, сделанным техникой ДПДГ в стандартную процедуру прямого психотерапевтического воздействия. Обсуждение физиологических механизмов успеха, достигаемого при таком режиме воздействия, не входит в цели этой книги. Однако оценку прерываемого воздействия стоит обсудить в свете кажущихся противоречивыми данных о наблюдениях за случаями подобного воздействия, применяемого в контексте систематической десенсибилизации, когда оно не вызывает снижения беспокойства и тревожность пациента остается на высоком уровне (Wolpe, 1958). Кроме того, есть необходимость обратиться к сообщениям о том, что при использовании техники погружения на протяжении не менее 25 минут, происходит значительное ослабление степени дистресса (Chaplin & Levine, 1981; Foa & Kozak, 1986). Любопытен факт, что достаточная длительность воздействия считается наиболее важным фактором достижения эффекта лечения (Chaplin & Levine, 1980; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Marks, 1972). Однако клинические наблюдения случаев снижения беспокойства (от одного до пяти баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства на протяжении первых 15 минут переработки), приводимые в вышеупомянутых исследованиях, показывают, что для достижения устойчивой десенсибилизации после одного—трех сеансов ДПДГ необходима тщательная подготовка клиента для такого прерываемого воздействия, так же

как и соблюдение всех других аспектов ДПДГ, ответственных за успешность лечения.

2. Клиентам оказывается помощь в вызывании травматических воспоминаний и их переработке, создающей у них чувство, что они сами способны работать с внутренними проявлениями, а также в освобождении от вызванных травматических воспоминаний при завершении работы. Кроме того, быстрому контробусловливанию способствует кратковременное сосредоточение внимания клиента на беспокоящем травматическом материале и на словах психотерапевта, поддерживающих и убеждающих его в полной безопасности происходящего. И наконец, кратковременная вспышка внимания клиента к травматическому воспоминанию вместе с поддержкой со стороны психотерапевта создает необходимый психотерапевтический контекст с помощью всех тех полезных моментов, которые обеспечивает повторяющееся воздействие — это обстоятельство прямо противоположно реакции избегания, являющейся частью психопатологии и поддерживающей само ее существование.

3. Психотерапевт предлагает клиентам на протяжении необходимого времени быть внимательными к физическим ощущениям, создаваемым травматическими образами. Такой контакт может позволить им отделить и идентифицировать сенсорные эффекты травмы от когнитивных интерпретаций этих ощущений (возникающих в результате идентификации с такими чувствами, как “Я напуган” или “Я в гневе”). Наблюдая за своей реакцией, клиенты смогут обрести восприятие самих себя как чего-то заведомо большего, чем их патология. Это достигается путем смещения фокуса внимания от недифференцированных, переполняющих их чувств к когнитивному осознаванию типа “Я испытываю определенные ощущения в желудке, ассоциирующиеся со страхом. Сейчас я испытываю ощущения в груди, также ассоциирующиеся со страхом...” Такое когнитивное дистанцирование позволяет клиентам осознать изменчивость ощущений в теле, что усиливает их самоосознавание и чувство своей эффективности. Эти короткие периоды сосредоточения внимания, а также вызывание травматических образов и последующее освобождение от них могут приводить к столь же полезному эффекту контробусловливания.

4. Идентификация негативной самооценки, возникшей в результате травмы, поможет пациенту осознать иррациональность этой оценки. Переструктурирование, присущее утверждению положительного самопредставления, тоже способствует психотерапевтическому прогрессу.

5. Уравнивание первичных аспектов травмы путем фокусирования на образе, отрицательном представлении и физических ощущениях помогает клиенту получить доступ к дисфункциональной информации для последующей ее переработки. Затем дисфункциональная информация, хранящаяся в памяти в специфической форме, обусловленной пережитым состоянием, связывается с эмоционально корректирующей информацией, важную роль в этом играет положительное самопредставление. Уравновешивание компонентов травматической информации во время ДПДГ согласуется с моделью диссоциативности (поведенческие проявления, аффект, ощущения и знание), предложенной Брауном (Brown, 1988). Возникающее во время процедуры ДПДГ восстановление связи с травматическим материалом помогает клиенту придать смысл своим переживаниям, что способствует их последовательному сохранению в памяти.

6. В конце каждой серии движений глаз клиентам задается вопрос: “Что возникает у вас сейчас?”, который автоматически вводит в сферу внимания новые

проявления травматической информации. Эти проявления избираются предметом воздействия, чтобы способствовать более полному их проявлению. Последовательное избрание предметом воздействия новых и новых проявлений травматической информации является более эффективным способом достижения материала, вызывающего дистресс, чем процедура, используемая в систематической десенсибилизации или прямом психотерапевтическом воздействии, при которой клиенту предлагается снова и снова обращаться к первоначальному травматическому образу.

7. Данная пациенту инструкция “просто отмечать” все проявления травматического материала и связанного с ним беспокойства усиливает контробусловливание и полезный эффект психотерапевтического воздействия, так как это ослабляет тенденцию клиента избегать всего, что вызывает страх и усиливает дистресс. Такой результат может быть достигнут с помощью движений глаз или альтернативных раздражителей, используемых в процедуре ДПДГ.

Движения глаз и альтернативные раздражители

Движения глаз (и альтернативные раздражители) активируют различные физиологические механизмы и способствуют усилению психотерапевтического эффекта при ДПДГ, поддерживая внешнее осознавание клиента во время периода внутреннего дистресса и стимулируя функционирование мозга, участвующего в процессе движений глаз или в фиксировании внимания одновременно на двух внешних раздражителях. Эти возможности мы рассмотрим в следующих разделах.

Искажения в стереотипной реакции

Одно из моих первых предположений о природе механизма ДПДГ (Shapiro, 1991a) состояло в том, что реакция клиента на достижение травматического материала включает в себя автоматическое возникновение определенных физиологических состояний (объединенных в специфическую конфигурацию, обусловленную травматическим опытом). Применение движений глаз может приводить к иной конфигурации психологических состояний и ответных реакций, воздействующих на прежние ассоциативные связи. Это, в свою очередь, может нарушать сложившийся комплекс привычных физиологических реакций, вызванных травматическим воспоминанием. Исчезновение этих реакций способствует дальнейшей переработке. Липке (Lipke, 1992) высказал предположение, что все это дополняется ориентирующей ответной реакцией, при которой внешняя точка фокусировки внимания, возникшая в процессе движений глаз, разрушает созданный в результате травматического события ассоциативный ряд, что приводит к обретению возможности научения. Армстронг и Воэн (Armstrong & Vaughan, 1994) считают, что научение происходит в результате возникновения упомянутой ориентирующей ответной реакции, приводящей к исчезновению поведенческих проявлений, связанных с реакцией избегания.

Маркус (Marquis, 1991) пошел в своих предположениях еще далее и утверждает, что “электрические импульсы, генерируемые при движениях глаз (те же самые, которые используются для определения наступления фазы БДГ-сна), препятствуют прохождению сигналов по нервным путям от фронтальных долей

мозга к гипоталамусу и гиппокампусу таким образом, что это приводит к ослаблению связей между раздражителем и эмоциональной реакцией на него" (Marquis, 1991, p. 192). Этот процесс может приводить к эффекту разобусловливания. Однако само по себе это предположение не может в полной мере объяснить усиление положительных эмоций, наблюдаемое во время психотерапевтических сеансов с применением ДПДГ.

Отвлечение внимания

Одно из очевидных объяснений роли движений глаз состоит в том, что они просто отвлекают внимание клиента от травматических переживаний (Shapiro, 1991a). Согласно предположению, высказанному в работе Дика (Dick, 1993), такое отвлечение внимания приводит к возникновению разобусловливания из-за неспособности клиента сосредоточиться на травматическом образе; таким образом, отвлечение внимания предотвращает активацию травматического материала тревожными предчувствиями клиента. Согласно предположению Дика, это способствует ослаблению отрицательных эмоций.

Хотя будущие исследования справедливости этого предположения могут быть весьма плодотворными, с ним связан ряд проблем. Во-первых, Дик предполагает, что тип внешнего раздражителя, используемого для отвлечения внимания, связан с доминирующей модальностью самого травматического опыта. Например, слуховые раздражители, используемые для отвлечения внимания, могут быть наиболее эффективными при работе со звуковыми компонентами травматического воспоминания, так же как визуальные раздражители, отвлекающие внимание клиента, наиболее эффективны при работе с визуальными образами травматического события. Однако такое предположение на сегодняшний день трудно подтвердить клиническими наблюдениями, так как мысли и представления клиента при использовании движений глаз подвержены мгновенно возникающим изменениям. Во-вторых, Дик предполагает, что ряд психических травм, так же как и травмы, происходящие на протяжении продолжительного периода времени, будут в меньшей степени поддаваться лечению с помощью ДПДГ, чем отдельные травматические события. Это предположение так же трудно проверить наблюдениями в клинических условиях. Кроме того, большое количество наблюдений указывает на то, что отвлечение внимания клиента не усиливает психотерапевтический эффект, а даже уменьшает его (Grayson, Foa, & Steketee, 1982, 1986; Satory, Rachman, & Grey, 1982). Возникает впечатление, что идея о роли отвлечения внимания клиента практически не вносит значимого вклада в понимание сущности эффектов ДПДГ. Однако возможно, что движения глаз воздействуют на изменение ответной реакции клиента каким-то иным образом, чем тот, который предполагал в своей работе Дик, оказывая своего рода дозированное воздействие переживаний, вызывающих разобусловливание.

Гипноз

Можно предположить, что быстрое возникновение психотерапевтических эффектов связано с гипнотическим внушением. Однако ДПДГ и гипноз весьма сильно отличаются. Так, гипнотическое воздействие включает в себя последо-

вательный ряд событий, в то время как при использовании ДПДГ клиент как бы перескакивает от одного ключевого элемента травматического воспоминания к другому. Клиенты, к которым применяется ДПДГ, оказываются более алертными, сознательными и менее подверженными неприемлемым для них внушениям, чем при использовании гипноза. Согласно сообщениям психотерапевтов, работающих с ДПДГ, можно сделать вывод, что техника ДПДГ не может привести к возникновению у клиента каких-либо ложных представлений. Клиент будет отвергать все, что не является для него экологически валидным, и это будет вызывать у него еще большее беспокойство. В то же время нам не известны сообщения о том, чтобы ДПДГ устраняла какие-либо истинные и адекватные представления клиента. Все убеждения, так же как и проявления тревожности, уместные или полезные для клиента в настоящее время, сохраняются в нетронутом виде.

Недостаточная внушаемость клиентов при ДПДГ по сравнению с гипнотерапией может быть результатом отличий в доминирующих ритмах головного мозга при этих двух процедурах. Электроэнцефалография, проводившаяся во время ДПДГ, продемонстрировала, что паттерны ритмов мозга не отличаются от нормальных параметров, обычных в состоянии бодрствования (Nicosia, in press), в то время как для пациентов, находящихся в гипнотическом состоянии, считается характерным выраженный тета-ритм (Sabourin, Cutcomb, Crawford, & Pribram, 1990), бета (DePascalis & Penna, 1990) или альфа-ритм (Meares, 1960). Таким образом, по данным электроэнцефалографических исследований, можно считать, что при ДПДГ клиенты не находятся в гипнотическом состоянии.

Синаптические изменения

Исследования, проведенные на животных, указывают на то, что повторяющееся воздействие током низкого напряжения изменяет синаптические потенциалы, что прямо связано с процессами памяти (Arai & Lynch, 1992; Barrionuevo et al., 1980; Larson & Lynch, 1989). В более ранних статьях (Shapiro, 1989a, 1991a) я высказывала предположение, что нейронная активация, вызываемая движениями глаз, может быть по своей сущности эквивалентна воздействию тока низкого напряжения и служить причиной таких же синаптических изменений. Возможно, повторяющееся воздействие любых альтернативных раздражителей (либо повторяющаяся активация внимания) генерирует подобный ток низкого напряжения. Изменение синаптических потенциалов в нейросетях, содержащих дисфункциональный материал, может приводить к процессу переработки информации во время каждой серии движений глаз, продолжающейся до достижения положительного разрешения.

Хотя по этическим соображениям нет возможности проверить эту гипотезу на людях, исходя из нынешнего состояния нейробиологии и имеющихся средств для измерений, можно предложить ряд любопытных соображений, изложенных подробнее в следующих параграфах. Важно помнить, что эти соображения приводятся здесь как имеющие научный интерес, не претендуя на объяснение сущности ДПДГ и эффективности этой техники.

Как уже обсуждалось ранее, достижение разрешения многих травматических воспоминаний предполагает процесс перехода от дисфункционального состояния к адаптивной перспективе. Поскольку адаптивная перспектива возникает при использовании техники ДПДГ достаточно быстро, можно использовать об-

раз последовательного установления связи между информацией посредством изменений в синаптических потенциалах (валентность рецепторов или уровень сопротивления) в избранной предметом воздействия нейросети. Хотя все эти построения не более чем *гипотезы,* они оказываются полезными для теорий переработки информации (а может быть, и для психотерапевтов) как способ теоретического объяснения процесса трансмутации.

Существующие формулировки (Shapiro, 1992) основаны на замеченной при использовании ДПДГ принципиально важной связи между аффектом и переходом от дисфункциональности к положительному разрешению. Первоначальное дисфункциональное состояние, промежуточные стадии переработки и функциональная перспектива, открывающаяся клиенту в результате психотерапии, могут быть теоретически объяснены как вербализация последовательных стадий аффекта во время положительной интеграции прошлого и нынешнего опыта. Наблюдения, проведенные во время сеансов ДПДГ, указывают на то, что информация определенным образом организована вокруг аффекта — причем это не является характерным только для ДПДГ (Bower, 1981; Reiser, 1990). На рис. 14, отражающем теоретические предпосылки, показаны мои дополнительные соображения о том, как нейросети (и связанное с ними соответствующее когнитивное содержание) организованы — пусть хотя бы отчасти — вокруг аффекта, связанного со специфической биоэлектрической валентностью (уровнем заряженности). Чем сильнее дисфункциональный аффект, тем большим будет синаптический потенциал нейросети. Таким образом, избранная предметом воздействия травма препятствует установлению связи с любой более адаптивной информацией посредством высокого сопротивления нейрорецепторов.

Предположим, что избранное предметом воздействия травматическое воспоминание (Z на рис. 14) содержит в себе, согласно клиническим наблюдениям, чувство вины и стыда вместе с сопутствующим самопредставлением “Я отвратительный и недостойный человек”. Информация, связанная с этим самопредставлением, содержится в нейросети с высокой биоэлектрической валентностью, связанной с высоким уровнем дисфункционального аффекта. Можно предположить, что нейросеть с Z-валентностью содержит в себе информацию, связанную с наиболее деструктивными аффектом и самооценкой, в то время как нейросеть с А-валентностью ассоциативно связана с наиболее адаптивным и адекватным аффектом и самооценкой, такой как “Я здоровый человек, заслуживаю любви и достоин уважения”. Валентность нейрорецепторов (синаптических потенциалов) соответствующих нейросетей, в которых отдельно сохраняются различные информационные плато и уровни адаптивной информации, представлены на рис. 14 буквами от Z до А.

Можно предположить, что избранная предметом воздействия нейросеть с высокой валентностью (Z) не может установить связь с более адаптивной информацией, хранящейся в других нейросетях с более низкой валентностью. Так, синаптический потенциал оказывается различным для каждого уровня аффекта в различных нейросетях. Нейросети с более низкой валентностью могут содержать воспоминания, связанные с положительным материалом (например, опыт профессионального мастерства, комплименты от других людей), а также информацию, почерпнутую из книг, посвященных самопомощи. Теоретическое объяснение состоит в том, что, когда информационно-перерабатывающая система активируется с помощью ДПДГ, валентность рецепторов снижается настолько, что они уже не могут быть связанными с рецепторами нейросетей, в

которых валентность более низкая, и таким образом будут включать в себя хранящуюся в них более адаптивную информацию. Примером установления такой связи является переход от более высокого уровня дисфункциональности — например, от Т-валентности, ассоциирующейся с представлениями типа “Я всегда испытываю чувство вины”, — к более низкой К-валентности, ассоциирующейся с представлением типа “Я могу хорошо сделать то, что мне необходимо”. Это изменение становится очевидным по мере прогрессирующего снижения отрицательной заряженности аффекта и эволюции к более адаптивному самопредставлению, связанному с возникновением в сознании положительных воспоминаний.

Таковы различные клинические применения гипотезы о роли соотношения аффекта и валентности. Жертвы сексуального насилия часто сообщают об ужасных ночных кошмарах, в которых их разрывают на части чудовища. Можно предположить, что попытки переработать с помощью БДГ-сна более ранние травматические воспоминания, чем кошмарные сновидения, в которых пациента разрывали на части чудовища, являются когнитивным аналогом высокой степени отрицательного аффекта, заблокированного в нейросети, содержащей эти ранние воспоминания. Предположим, что во время первоначальной травмы ребенок испытал чувство ужаса, когда в комнату зашел незнакомый взрослый и предпринял попытку сексуального насилия. Аффект, связанный с этим воспоминанием, был заблокирован в нервной системе девочки и проявился во время переработки, спонтанно происходящей во время БДГ-сна. Такая степень ужаса не могла быть вызвана в настоящее время у взрослого клиента другим взрослым и ассоциировалась со встречей с чудовищем в сновидении. Символ чудовища является когнитивной конструкцией, отражающей состояния аффекта во время переработки, спонтанно происходящей при БДГ-сне.

Когда ДПДГ применяется для избрания предметом воздействия образа сновидения, возникает высокая степень чувства ужаса (Z-валентность). По мере того как переработке подвергается достаточное количество информации, степень аффекта снижается. Низкая валентность позволяет установить соответствующие когнитивные связи путем связывания различных нейросетей. По мере возникновения изменений в аффекте символическая репрезентация или когнитивная конструкция могут быть изменены и клиент начинает воспринимать существующую в настоящее время ситуацию без искажений. Например, клиентка — жертва сексуального насилия, которую со сне преследовало чудовище, гнавшееся за ней по пещере, после нескольких серий движений глаз воскликнула: “Это мой отчим, преследующий меня по тому дому, где я жила в детстве”.

Другие символические репрезентации также часто оказываются когнитивными аналогами аффективного состояния или физических ощущений. Один из примеров, приводившийся в главе 11, связан со случаем клиентки, у которой навязчивые образы ее изнасилования Сатаной были благополучно разрешены после применения ДПДГ, когда выяснилось, что в действительности женщину изнасиловал приятель ее отца, одевший пластиковые рога. Могут быть предложены различные интерпретации того, как происходит активация когнитивной сети с параллельной валентностью, содержащей в себе другую информацию, при которой определенный уровень аффекта стимулирует когнитивное содержание соответствующей валентности.

Другой возможной экстраполяцией, сделанной на основе гипотезы о связи аффекта и валентности, является повышение тенденции к самодеструктивному

поведению, такому как попытки нанесения себе увечий или вступление в опасные сексуальные связи, что наблюдается у многих клиентов. У клиентов может сохраняться высокий уровень страданий вследствие рестимуляции ранних воспоминаний о насилии, включающих в себя состояния отвращения к самому себе или другие аспекты беспокойства (Calof, 1992). Возможно, что аффект, составляющий сущность этих воспоминаний, ассоциируется с определенным поведением, соответствующим субъективному уровню боли у клиента. По мере того как эти проявления подвергаются десенсибилизации во время повторяющегося психотерапевтического воздействия, валентность основных травматических воспоминаний стимулирует другие формы поведения, иерархически возрастающие по степени беспокойства и соответствующие степени аффекта. Например, может возникать впечатление, что возрастает степень насилия во взаимоотношениях, но уровень аффекта у клиента остается прежним. Такой прогрессирующий процесс десенсибилизации можно наблюдать в клинических условиях, когда уровень беспокойства клиента, определяемый по Шкале субъективных единиц беспокойства, постепенно снижается при систематической десенсибилизации (Wolpe, 1991). Таким образом, то, что для наблюдателя воспринимается как возрастание насилия, на самом деле является поведением, возникающим на основе неизменяющегося аффекта клиента.

Переработка информации, проявляющаяся в изменении валентности рецепторов (что, в свою очередь, оказывает влияние на степень аффекта), может иметь и обратную сторону. Иными словами, некоторые из аспектов альтернативных раздражителей могут создавать разобусловливание на аффективном уровне, а разобусловливание стимулирует определенные рецепторы и порождает ассоциативно связанную с этим переработку.

Хотя обо всех этих механизмах мы можем лишь догадываться, попытки разобраться в том, что наблюдается во время применения техники ДПДГ, могут быть полезными для нашего дальнейшего понимания образности сновидений, саморазрушительного поведения и других клинических феноменов. Теоретизирование в отношении наблюдаемых поведенческих проявлений может также вносить свой вклад в развитие психотерапевтической методологии. Например, попытка дать теоретическое объяснение движений глаз во время ДПДГ как фактора, создающего ток низкого напряжения в рецепторах (т.е. изменяющего их синаптический потенциал), имеет своим результатом ряд успешных новшеств в практике применения техники ДПДГ — речь идет об использовании различных направлений движений глаз и частоты изменения их скорости. По-видимому, каждый вид движений оказывает свое специфическое и уникальное воздействие на избранную предметом воздействия нейросеть.

Сон

Одно из моих наиболее ранних предположений (Shapiro, 1989a) состояло в том, что направляемые движения глаз могут стимулировать те же самые процессы, которые происходят во время БДГ-сна. Я предположила, что взаимосвязь движений глаз и стресса может быть взаимным препятствием друг для друга — движения глаз снижают стресс, а достаточно длительный стресс препятствует выполнению движений глаз. Как я уже упоминала в обзоре, приводимом в главе 1, независимые исследования процесса сна отчасти подтверждают эту гипотезу; кроме того, наиболее сильно травмированные индивиды испытывают страдание

от дисфункциональных состояний во время БДГ-сна. Например, ветераны боевых действий пробуждаются, как правило, в середине кошмарного сновидения, а не в его конце (Ross et al., 1990). Кроме того, как было показано в недавних исследованиях, существует прямая корреляция между интенсивностью отрицательного аффекта в сновидении и количеством быстрых движений глаз при БДГ-фазе (Hong et. al., 1992). В исследовании Хонга обсуждается существовавшая ранее теория о том, что движения глаз во время сна являются признаком того, что спящий сканирует глазами окружающую обстановку сновидения. Более того, предположение, что переработка — как когнитивная, так и переработка травматических воспоминаний — связана с движениями глаз, находит поддержку в ряде исследований, показывающих, что навыки, недавно приобретенные в процессе научения, будут утрачиваться при прерывании БДГ-сна (Karni et. al., 1992).

Хотя эта гипотеза о роли движений глаз при ДПДГ достаточно интересна, в особенности с точки зрения появившихся исследований в области нейрологии, согласно которым функция БДГ-сна состоит в переработке и сохранении информации в памяти (Fishbein & Gutwein, 1977; Gabel, 1987; Sutton, Mamelak & Hobson, 1992; Winson, 1993), в настоящее время нет возможности получить прямое ее подтверждение. Было бы интересно сравнить паттерны, существующие во время обычного сна и БДГ-сна, у клиентов до и после успешного применения техники ДПДГ. Исследования ритмов мозга при ДПДГ и БДГ-сне также могут предложить весьма полезную информацию.

Реакция релаксации

Ранее я уже высказывала предположение (Shapiro, 1989a, 1991a), что движения глаз иногда приводят к обусловленной реакции релаксации. Возникновение этой реакции может быть связано с деятельностью ретикулярной формации (вызывающей мышечные сокращения во время БДГ-сна) либо каким-то другим механизмом, активирующим парасимпатическую нервную систему и приводящим ее в состояние готовности к “борьбе или полету”, ассоциирующееся с возбуждением во время первоначального травматического события. Одно из исследований, в котором использовалось оборудование для изучения биологической обратной связи, отчасти подтверждает эту гипотезу, показывая возникновение состояния релаксации в результате движений глаз (Wilson et. al., 1995). Однако эти наблюдения никак не объясняют эффективности альтернативных раздражителей, используемых иногда в процедуре ДПДГ. Возникновение релаксации (определяемой средствами для психологических измерений) не было отмечено в контрольной группе, где использовалось постукивание пальцем по руке клиента. Может быть, это объясняется некими принципиальными различиями между постукиваниями по руке клиента во время реального психотерапевтического сеанса и такими же постукиваниями в случае испытуемого, полностью контролирующего исследовательскую ситуацию. Однако само открытие, что парасимпатическая система активируется при выполнении заданий, связанных с визуальной концентрацией внимания (Monier, 1968), может объяснять позитивный психотерапевтический эффект, отмечавшийся также и в исследованиях, использующих контроль над фиксацией взгляда (Pitman et. al., 1993; Renfrey & Spates, 1994).

Очевидно, что необходимо проведение более подробных психологических исследований не только среди хронически страдающих от посттравматического синдрома ветеранов, у которых может не наблюдаться ярко выраженного позитивного эффекта в связи с дополнительной травматизацией. Следует заметить, что и здоровые испытуемые также могут не проявлять ярко выраженного позитивного эффекта психотерапии, так как избранный предметом воздействия материал не вызывает у них достаточно сильного беспокойства. Для дальнейшей проверки этой гипотезы необходимо провести исследования с группой клиентов, страдающих посттравматическим синдромом после единичной травмы.

Функции коры мозга

Гипотеза, высказанная мной в 1989 году, основывалась на теории И. Павлова (1927) о причинах неврозов и психотерапевтических эффектах при их лечении. Если не принимать пока во внимание идеи Павлова о "равновесии возбуждения и торможения" и о специфической нервной блокировке, то почти не остается сомнений, что травматическое событие вызывает заблокированность процесса переработки информации. Эта заблокированность сохраняет первоначальное травматическое воспоминание в специфической форме, обусловленной состоянием тревожности.

Согласно идеям И. Павлова (1927), сущностью всякого психотерапевтического воздействия является восстановление равновесия возбуждения и торможения в нервной системе. Эта точка зрения совпадает с мнением таких авторитетов, как Фрейд (1953/1955) и Жане (1989/1973), так же как и сегодняшних специалистов в сфере нейрологии и биохимии (Krystal et. al., 1989; Van der Kolk, 1994; Van der Kolk & Van der Hart, 1991; Watson et al., 1988). Если эта идея справедлива, то логичным будет предположить, что ДПДГ приводит к восстановлению равновесия в информационно-перерабатывающей системе. Поэтому я предполагаю, что движения глаз могут оказывать прямое воздействие на функционирование коры мозга. Уже были предложены две отдельные теории, связанные с такой возможностью и основанные на нейробиологических исследованиях; эти теории предполагают активацию полушарий мозга.

Исследования, проведенные среди клиентов ДПДГ с помощью методов количественного анализа и электроэнцефалографии, показали нормализацию синхронности замедления ритмов обоих полушарий мозга (Nicosia, 1994). Нормализация этой функции после ДПДГ-психотерапии согласуется с клинически наблюдаемыми улучшениями памяти клиентов при переработке информации. Никосиа (Nicosia) в упомянутой работе предполагает, что связь полушарий мозга нарушается при подавлении БДГ-сна, вызываемом норэпинефрином, который вырабатывается во время травмы. Такая асинхронность в работе полушарий препятствует интегративным процессам памяти. Автор предполагает, что движения глаз во время ДПДГ восстанавливают синхронность в работе полушарий вследствие своей ритмичности и повторяемости, что активирует управляющий чувством ритма механизм в коре мозга, работа которого была подавлена во время травмы.

Предположение, что синхронизация активности полушарий мозга вызывает полезные для пациента эффекты, связанные с переработкой травматической информации, подтверждается независимыми исследованиями о влиянии изменения фокусировки взгляда на изменение оценки раздражителя, первоначально

воспринимавшегося как нейтральный (Drake, 1987). Результаты ряда исследований показывают, что изменение направления взгляда на объекты, расположенные справа от индивида, приводят к более положительной эмоциональной реакции, чем фиксация взгляда на объектах, расположенных слева. Это исследование основано на гипотезе о наличии асимметрии полушарий в процессе возникновения эмоций. При этом предполагается, что в левом полушарии перерабатывается информация, связанная с положительными эмоциями, в то время как в правом полушарии перерабатываются отрицательные эмоции (Drake, 1984; Drake, 1993; Drake & Seligman, 1989; Merckelbach & van Oppen, 1989). Эти исследования частично подтверждают предположение, высказанное в работе Никосиа, что поочередная активация полушарий вызывает интегративную переработку информации.

При ДПДГ положительный клинический эффект проявляется при чередовании постукивания по ладони клиента и звуковых раздражителей. Недавние исследования, связанные с ролью активации полушарий при позитивной и негативной оценке одного и того же раздражителя (“побуждающего” фактора), обнаруживают вполне предсказуемое различие в реакциях при звуковых и физических раздражителях. Было отмечено, что субъекты проявляют положительную реакцию на текст, прослушиваемый через правый наушник, и негативную — на тот же самый текст, прослушиваемый через левый наушник (Drake, 1991; Drake, 1993; Drake & Bingham, 1985; Drake & Sombrero, 1987). Еще более интересен тот факт, что авторы этих исследований предсказали те клинические эффекты, которые были достигнуты при использовании ДПДГ, когда они писали, что “будущие исследования покажут, приводят ли вызываемые для экспериментальных целей изменения в направлении фиксации взгляда к изменениям в таких фундаментальных процессах, как обусловливание” (Merckelbach & Van Oppen, 1989, p. 150).

Один из выводов, который можно сделать на основании данных исследований, состоит в том, что этот тип стимуляции не столь важен, как сосредоточение внимания само по себе. Активация полушарий создается простым двусторонним перемещением точки фокусировки внимания вне зависимости от того, имеет ли при этом место дополнительная двигательная активность. Некоторые исследования в области психологии восприятия показали, что саккадические движения глаз вызывают у субъекта ощущение их полного завершения лишь тогда, когда нечто как бы препятствует их продолжению. Если мышцы глаз неподвижны, а субъект пытается повернуть глаза в ту или иную сторону, у него возникает чувство, что глаза движутся, хотя на самом деле они остаются неподвижными (Brindley & Merton, 1960). Иными словами, когда индивид пытается начать саккадические движения глаз, мозг регистрирует это намерение, а не само выполненное действие. Это открытие согласуется с гипотезой о том, что для активации информационно-перерабатывающего механизма необходимы не какие-то специфические движения глаз, а сама по себе ориентирующая реакция (Lipke, 1992a). Внимание, направляемое субъектом на свое состояние, в соединении с двусторонней активацией полушарий также можно считать необходимым условием для достижения психотерапевтического эффекта техники ДПДГ (Russel, 1992).

Если поочередная активация полушарий мозга является одним из факторов, обеспечивающих эффективность техники ДПДГ, то можно ожидать, что полезными окажутся и многие другие стимулы помимо движений глаз, постукиваний

по ладони и звуковых раздражителей. Поскольку оптические нервы от каждого глаза связаны с обоими полушариями, можно предположить, что намеренное фокусирование внимания на отдельной точке может приводить к переработке информации. Однако не исключена возможность, что сам по себе факт ритмической стимуляции может приводить к возникновению достаточно быстрого психотерапевтического эффекта.

В ином случае для сохранения осознавания клиентом травматического воспоминания во время продолжающейся активации механизма переработки иногда необходимо выполнить определенное психотерапевтическое задание, приводящее к быстрому усилению концентрации внимания на нынешних раздражителях.

Можно предположить, что лучшими альтернативными стимулами в этом случае могут быть те, которые позволяют проявиться эффекту переработки, при этом предоставляя психотерапевту возможность наблюдать согласие клиента с инструкцией направлять внимание одновременно на травматическое воспоминание и на нынешние раздражители (так же как и на дополнительные подтверждающие действия, способствующие достижению психотерапевтического эффекта).

Интегративный эффект

Один из простейших способов описать эффект ДПДГ — это сказать, что избранное предметом воздействия травматическое событие оставалось непереработанным вследствие биохимической реакции, возникшей в момент травмы и изолировавшей травматическое воспоминание. Когда клиент следит за движущимся пальцем психотерапевта или сосредоточивается на постукиваниях по руке, звуковых раздражителях или просто фиксирует взор на стене, то с помощью такого сосредоточения внимания на раздражителе начинается активная переработка информации. Если клиенту предлагается сосредоточить внимание одновременно на стимулирующем раздражителе и на травматическом воспоминании, возникает связь с механизмом активной переработки информации и начинается переработка избранного предметом воздействия травматического воспоминания, так же как и нынешнего раздражителя. Сама физиологическая природа этого механизма такова, что он способен приводить к достижению адаптивного разрешения.

Возможно, ускоренная переработка информации происходит и потому, что психотерапевт продолжает направлять внимание клиента к соответствующим предметам воздействия (и на правильную расстановку компонентов переживания, избранного целью воздействия. Хотя данные исследований показывают, что для достижения положительного эффекта при использовании ДПДГ необходимо существенно меньше времени, чем при обычном психотерапевтическом воздействии (Fine, 1994; Forbes et al., 1994; Goldstein & Fecke, 1994; Kleinknecht, 1992; McCann, 1992; Paulsen et al., 1993; Steketee & Goldstein, 1994; Vaughan, Wiese et al., 1994; Wilson et al., 1995; Wilson et al., in press), помимо простого воздействия здесь должны быть активизированы и какие-то другие механизмы. Однако действительные нейрофизиологические механизмы в ближайшие десятилетия скорее всего не будут выяснены. Тем временем клинические наблюдения во время применения техники ДПДГ могут обеспечить исследователей, работающих в сфере нейробиологии, а также изучающих механизмы памяти, дан-

ными для лучшего понимания сущности психофизиологических процессов. Достижение быстрого психотерапевтического эффекта при использовании ДПДГ предоставляет возможность наблюдать стандартные паттерны ассоциаций, существующие в памяти клиента, а также эмоциональную и когнитивную переработку, в том числе различие в эффектах переработки долговременных и недавних травматических воспоминаний. Так, наблюдения во время применения ДПДГ предлагают новый взгляд на природу процессов, происходящих в мозге.

Экспериментальные исследования

Исследования любого нового метода должны включать в себя как клинические наблюдения, так и открытия, полученные экспериментальным путем. Ниже мы рассмотрим исследование природы ДПДГ в контексте исследований посттравматического синдрома.

Общий обзор исследований, посвященных посттравматическому синдрому

Экспериментальных клинических исследований по многим проблемам, связанным с душевным здоровьем, к сожалению, пока еще явно недостаточно и они традиционно отстают от клинической практики. Хотя систематическая десенсибилизация была предложена Джозефом Вольпе еще в 1952 году, а многочисленные примеры клинических случаев были приведены в другой его работе, опубликованной шесть лет спустя (Wolpe, 1958), первое экспериментальное исследование, направленное на подтверждение эффективности десенсибилизации, появилось лишь через восемь лет (Paul, 1966). Подобным же образом обстояло дело и с техникой погружения, считающейся сейчас обычным и признанным способом лечения посттравматического синдрома. Первые сообщения о клинических исследованиях этой техники были опубликованы в 1982 году (Fairbank & Keane, 1982; Keane & Kaloupek, 1982), а первое независимое экспериментальное исследование, посвященное оценке эффективности этой техники, появилось лишь семью годами позже (Cooper & Clum, 1989).

В целом же можно считать количество исследований, посвященных психологическим травмам, не очень большим. В 1993 году, через 13 лет после того, как посттравматический синдром был официально признан в DSM-III, были опубликованы сообщения только о шести (если не считать исследований, посвященных действию наркотиков) экспериментальных исследований (Solomon et al, 1992), причем четыре из них относились к клиентам мужского пола — ветеранам войны во Вьетнаме. Нет сомнения, что существует потребность в большем количестве исследований, посвященных психическим травмам.

Предполагаемые критерии при исследовании ДПДГ

В данном разделе описываются некоторые основные критерии, необходимые при проведении исследований, которые представляются разумными и необходимыми для экспериментальной проверки эффективности этой техники. Пред-

лагаемые принципы будут затем использованы для оценки результатов уже завершенных исследований.

Оценка техники

Исследователям необходимо знать общую методологию ДПДГ и уметь применять протоколы, использующиеся в клинической практике. Проверка адекватности применения техники должна осуществляться компетентными инструкторами ДПДГ или психотерапевтами.

Поскольку ДПДГ представляет собой комплексную методологию, перед практическим использованием техники необходимы практические обучающие сеансы под руководством опытного специалиста. Однако само по себе обучение еще не гарантирует обретения компетентности — в особенности это касается исследователей и психотерапевтов, проходящих обучение технике ДПДГ, которые не обладают достаточным общим клиническим опытом.

В идеальном случае исследователям необходимо наблюдать практическое применение ДПДГ опытным психотерапевтом, прошедшим полную подготовку и признанным полностью компетентным в этой области. Если такой возможности нет, исследователю необходимо получить по крайней мере формальную подготовку, иметь практический опыт применения ДПДГ в пилотажном исследовании для проверки своих умений и в целом чувствовать себя достаточно уверенным в использовании ДПДГ перед проведением систематического контролируемого исследования. Конечно, эти предостережения должны учитываться и при любой психотерапевтической процедуре. Именно такой подход применяется в точных науках при соблюдении формальных правил проведения исследований. Было бы неплохо внедрить в психологические исследования проверку процедур на их точность и правильность соблюдения протоколов, так же как и обязательное наблюдение со стороны опытного специалиста.

Выбор психометрических методов

При исследованиях эффективности ДПДГ необходимо использовать инструменты для измерений, способные оценить изменения в отдельном воспоминании, возникающие при успешной переработке. К сожалению, пригодных для этого психометрических методов почти нет. Ограниченное количество сеансов в клинических исследованиях делает создание таких инструментов просто необходимым. Например, если психотерапевтическому воздействию подвергается лишь одно беспокоящее воспоминание (или небольшое количество воспоминаний) субъекта, страдающего от множественных травм (случаи изнасилования или травматические случаи во время войны), такие общие психометрические инструменты, как Шкала степени достижения цели, Стандартное интервью для посттравматического синдрома, тест MMPI и Перечень симптомов—90, мало подходят для определения изменений. Более того, клинические наблюдения показывают, что, если общие измерения используются в случае множественных травматических событий, испытуемым субъектам требуется не менее 12 недель ДПДГ-психотерапии для проявления всех основных кластеров травматических воспоминаний. В случае наличия рентных установок количество сеансов будет еще большим.

Единственным стандартизированным средством для оценивания эффективности переработки отдельного травматического события является Шкала влияния события. Однако если эта шкала используется для измерения изменений после лечения отдельного воспоминания, субъектов необходимо специально проинструктировать, чтобы они учитывали только проявления, связанные с самим травматическим воспоминанием, избранным предметом воздействия, не обращая внимание на любые другие беспокоящие факторы. Это ограничение часто оказывается трудновыполнимым. Кроме того, если успешному лечению подвергнуто только одно травматическое воспоминание, изолированное от всех других, его проявления не будут обнаруживаться с помощью Шкалы влияния событий, в то время как другие травматические воспоминания будут создавать для клиента проблемы и могут оказывать влияние на подшкалу "Избегание". Если лечению подвергается достаточное количество травматических воспоминаний, то подшкала "Навязчивость" в Шкале влияния событий может демонстрировать возникновение немедленного эффекта, хотя нынешние стимулы и примеры будущего поведения (подробнее см. главу 8) обычно следует избирать предметом воздействия при ДПДГ-психотерапии (предусматривая адекватное время для проверки изменений в реальной жизни) с целью обнаружить эффект лечения с помощью подшкалы "Избегание". Такая процедурная последовательность, применяемая ко всем родственным измерениям, подходит для оценивания любых методов лечения посттравматического синдрома.

Кроме того, ценным инструментом измерения, позволяющим выявлять изменения при переработке отдельного травматического воспоминания, является Шкала субъективных единиц беспокойства. Она вполне соотносима с объективными физиологическими признаками стресса (Thyer, Papsdorf, Davis, & Vallecorsa, 1984) и показывает высокую степень соответствия с другими средствами измерения эффективности психотерапии (Hyer, 1994a). Шкала субъективных единиц беспокойства недавно упоминалась как лучшее средство для определения наличия посттравматического синдрома (в том его понимании, которое предлагается в "Структурированном клиническом интервью" для определения диагноза в соответствии с DSM (SCID; Keane, Thomas, Kaloupek, Lavori, & Orr, 1994).

Отбор испытуемых субъектов

Для достижения заметных клинических изменений субъекты, отбираемые для проведения исследований, должны соответствовать определенным критериям. Адекватная клиническая работа не может быть проделана с клиентами без обращения (в первую очередь) к рентным установкам. Понятно, что субъекты, опасающиеся утратить в случае излечения от посттравматического синдрома пособие по нетрудоспособности, скорее всего будут оказывать сопротивление любым психотерапевтическим процедурам. Так же как двойной диагноз и активная наркотическая зависимость обычно являются признаком непригодности субъектов для проведения исследований, рентные установки, связанные с возможной утратой финансовой компенсации, также должны быть признаком непригодности индивидов. Исключение может быть сделано только в случае долгосрочного эксперимента, во время которого эти факторы намеренно избираются предметом воздействия. Утверждение новой клинической методологии, связанной как с техникой ДПДГ, так и с какой-либо иной, не должно зависеть от

эффективности лечения хронически больных ветеранов боевых действий, получающих в настоящее время денежную компенсацию по нетрудоспособности.

Сравнительные исследования

Необходимо провести сравнительные экспериментальные исследования эффективности ДПДГ среди клиентов, страдающих посттравматическим синдромом, для сравнения этой техники с такими стандартными формами лечения, как прямое психотерапевтическое воздействие (включая систематическую десенсибилизацию и продолжающееся воздействие), антистрессовую терапию и другие формы когнитивно-поведенческой психотерапии. Эффекты лечения должны сравниваться с эффектами, наблюдаемыми в контрольной группе. Оценивание психотерапии необходимо производить по ее эффективности, продолжительности лечения и генерализации достигнутого эффекта — параметрам, принципиально важным в обычной клинической практике.

Различные виды протоколов

Кроме приведенных выше замечаний о проведении исследований среди жертв психических травм следует отметить необходимость использования дополнительных протоколов, применяемых в технике ДПДГ для специфических типов клиентов. Данные исследований свидетельствуют о весьма положительных результатах применения ДПДГ в случае панических расстройств и агорафобии (Goldstein & Fecke, 1994), а также в случае соматических расстройств (Weston, 1994). Однако необходимо провести дополнительные исследования при использовании протоколов, предназначенных для расстройств, связанных с тревожностью, для диссоциативных расстройств, для случаев злоупотребления теми или иными химическими веществами, а также при депрессиях. Работа с клиентами такого типа будет исследована в нашей будущей книге, посвященной продвинутому клиническому применению ДПДГ.

Анализ компонентов

Анализ компонентов процедуры может быть полезным для определения необходимости внесения изменений в стандартные протоколы для достижения эффективности лечения. Поэтому при работе с жертвами единичной травмы необходимо отбирать наиболее подходящих для исследования субъектов. При этом следует учитывать, какие именно аспекты движений глаз или воздействия альтернативных стимулов в наибольшей мере ответственны за психотерапевтический эффект. Хотя движения глаз являются наиболее уникальным аспектом техники ДПДГ, в процедуре психотерапевтического сеанса есть много других компонентов, требующих отдельной оценки. Кроме стандартной процедуры ДПДГ используется большое количество дополнительных протоколов для лечения специфических жалоб. Все эти протоколы являются неотъемлемой частью ДПДГ-психотерапии и должны применяться к соответствующему контингенту клиентов. Клинические результаты, определяющиеся общей методологией

ДПДГ, а также протоколы и тесты должны быть проверены и адекватно применяться при исследованиях различных аспектов ДПДГ.

Полезно провести несколько анализов компонентов процедуры ДПДГ, в которых движения глаз, закрывание глаз, намеренная фокусировка взгляда, односторонняя и двусторонняя ритмическая стимуляция (с применением звуковых раздражителей и постукиваний по руке) исследуются по отдельности. При этом они сравниваются с более стандартными формами лечения, играющими в контрольной группе роль плацебо. К таким исследованиям необходимо привлечь достаточное количество субъектов для статистической достоверности результатов. Способы измерения должны включать в себя стандартные объективные тесты для проверки результативности психотерапии (включая измерения поведенческих изменений). Время лечения должно учитываться в этих измерениях как одна из независимых переменных. Кроме того, анализ компонентов необходимо проводить в контексте общей методологии ДПДГ, включая проверку правильности проведения лечения. Я предполагаю, что результат такой исследовательской программы может состоять в признании, что комплексная методология ДПДГ может обеспечивать достаточно заметный эффект лечения и без использования движений глаз или других внешних раздражителей (в особенности в случае применения этой методологии к отдельным типам клиентов), но добавление такой двойной фокусировки внимания к раздражителям увеличивает общую скорость лечения и его эффективность (в той степени, в какой это может быть измерено) при использовании тех или иных раздражителей.

Понятно, что сами по себе движения глаз не играют такой принципиальной роли в создании положительных психотерапевтических эффектов и наличие успешно применяемых альтернативных стимулов делает технику ДПДГ более многосторонней. Однако какая бы из альтернативных форм стимуляции ни использовалась, важна сама возможность наблюдения психотерапевта (либо исследователя) за фокусировкой внимания клиента, чтобы тот не отвлекался от избранного предметом воздействия материала. Использование направляемых движений глаз делает такое наблюдение относительно несложным, так как клиент, даже достаточно сильно поглощенный переживанием дисфункционального материала, обычно прекращает следить за движениями пальца психотерапевта. Если же движения глаз не используются, следует напоминать клиенту (либо субъекту — участнику исследования) о том, что он должен фокусировать внимание не только на травматической информации, но и на альтернативных раздражителях, так как необходимо задействовать механизм двойного внимания, который может быть ответственным за достижение психотерапевтического эффекта.

Обзор исследований ДПДГ

На протяжении пяти лет, прошедших после первого исследования, о ДПДГ было опубликовано явно больше работ, чем о применении техники погружения или систематической десенсибилизации при лечении посттравматического синдрома (подробнее см. главу 1). В целом технике ДПДГ посвящено больше экспериментальных исследований, чем какому-либо другому методу, используемому при лечении посттравматического синдрома.

В приводимой ниже таблице собраны данные об экспериментальных исследованиях симптоматики посттравматического синдрома, в которых участвовало

более десяти субъектов, а сами исследования соответствовали требованиям, перечисленным в предыдущем разделе. Вначале я приведу краткий обзор исследований, а затем остановлюсь на некоторых их недостатках, которых хотелось бы избежать в дальнейшем.

Проанализируем исследования, включенные в таблицу.

1. *Boydewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, and Sperr (1993).* Пилотажное исследование, в котором приняли участие 20 хронически страдающих посттравматическим синдромом ветеранов войны во Вьетнаме, проходящих стационарное лечение, было посвящено изучению применения техники ДПДГ, условиям психотерапевтического воздействия и групповой работы. Отмечены явно выраженные положительные эффекты лечения, определяемые по сообщениям клиентов об уровне дистресса и по оценке психотерапевта. При использовании стандартизированных средств психологических измерений не было отмечено существенных изменений. Авторы объясняют это недостатком времени и рентными установками субъектов, получавших денежную компенсацию по нетрудоспособности. Однако в целом результаты исследования можно считать достаточно положительными для того, чтобы планировать дальнейшее расширенное изучение техники ДПДГ, финансовую поддержку которого должен обеспечить Департамент по делам ветеранов. В предварительном сообщении о результатах исследования (Boydewyns, Hyer, Peralme, Touze, & Liel, 1994) отмечается, что по эффективности ДПДГ превосходит обычные методы групповой психотерапии.

2. *Jensen (1994).* Экспериментальное исследование применения ДПДГ при лечении 25 ветеранов войны во Вьетнаме, страдающих от посттравматического синдрома, в котором использовалась контрольная группа. Были обнаружены хотя и незначительные, но статистически очевидные отличия между двумя сеансами в уровнях дистресса, испытываемого субъектами во время сеансов, измерявшегося по Шкале субъективных единиц беспокойства. Использовались такие средства измерения, как “Структурированное клиническое интервью для изучения посттравматического синдрома”, Шкала соответствия представлений, Шкала степени достижения цели, Миссисипская шкала для посттравматического синдрома, связанного с участием в боевых действиях (M-PTSD; Jensen, 1994). Исследование было выполнено двумя психологами-интернами, не имевшими завершенной формальной подготовки в технике ДПДГ. Кроме того, исследователи сообщили о не очень точном следовании протоколам ДПДГ, что свидетельствует об их неспособности эффективно использовать эту технику.

3. *Levin, Grainger, Allen-Byrd, and Fulcher (1994).* Экспериментальное исследование в группе из 45 субъектов с посттравматическим синдромом, возникшем после разрушительного циклона “Эндрю” (штат Флорида). После применения ДПДГ было отмечено значительное отличие в оценках по Шкале субъективных единиц беспокойства и Шкале влияния событий, что указывает на большую эффективность техники ДПДГ по сравнению с обычным поддерживающим консультированием. Использовались контрольная группа и отсроченные наблюдения через один и три месяца после применения ДПДГ.

4. *Pitman et al. (1993).* Экспериментальное исследование, посвященное анализу компонентов процедуры, проводилось амбулаторно в группе 17 ветеранов, хронически страдающих посттравматическим синдромом. Субъекты были произвольно поделены на две группы, в одной из которых использовались движения глаз; вторая группа была контрольной, и в ней использовалась намеренная фиксация взгляда, а также постукивания по руке и покачивание руки. Было про-

ведено шесть сеансов по переработке отдельного травматического воспоминания. Согласно сообщениям субъектов, в обеих группах было отмечено значительное снижение дистресса, а также симптомов навязчивости и избегания. При использовании Перечня симптомов—90 изменения были отмечены лишь при выполнении движений глаз, в то время как Шкала для лечения посттравматического синдрома, Миссисипская шкала для посттравматического синдрома, связанного с участием в боевых действиях, и Шкала оценки тревожности не показали никаких изменений.

5. *Renfrey and Spates (1994).* Экспериментальное исследование компонентов процедуры, в котором участвовало 23 субъекта с симптомами посттравматического синдрома. Проводилось сравнение применения ДПДГ с использованием движений глаз при слежении за пальцем психотерапевта, слежении за источником света и с фиксацией визуального внимания. Во всех трех случаях были отмечены положительные изменения при использовании Шкалы влияния событий, Шкалы субъективных единиц беспокойства, Шкалы соответствия представлений, Перечня симптомов—90 и Шкалы для лечения посттравматического синдрома.

6. *Shapiro (1989a).* Первое экспериментальное исследование, в котором принимали участие 22 жертвы изнасилований и сексуальных домогательств, а также ветераны боевых действий. Проводилось сравнение техники ДПДГ и модифицированной процедуры погружения, которая использовалась в качестве плацебо для контроля воздействия на травматические воспоминания. Были получены положительные эффекты лечения, в том числе и при отсроченной терапии, измерявшиеся по Шкале субъективных единиц беспокойства и с помощью способов измерения поведенческих изменений. Результаты были подтверждены в последующих сеансах, проводившихся через один и три месяца.

7. *Vaughan, Armstrong et al. (1994).* В сравнительном экспериментальном исследовании 36 субъектов, страдавших посттравматическим синдромом, подвергались лечению с помощью работы с воображением, использования мышечной релаксации и ДПДГ. Курс лечения состоял из четырех сеансов психотерапии и дополнительных 40- и 60-минутных домашних заданий, выполнявшихся на протяжении периода от двух до трех недель для работы с воображением и мышечной релаксацией. Субъектам, подвергавшимся воздействию ДПДГ, выполнение домашних заданий не предлагалось. Все виды лечения привели к значительному снижению симптомов посттравматического синдрома у субъектов из психотерапевтической группы, которое превосходило желаемые результаты, отмеченные в перечне ожиданий. При этом наибольшее снижение симптомов наблюдалось у субъектов, подвергавшихся воздействию ДПДГ, в особенности это относилось к симптомам навязчивости.

8. *D. Wilson, Covi, Foster, and Silver (1995).* В экспериментальном исследовании 18 субъектов, страдавших от посттравматического синдрома, подвергались воздействию движений глаз, постукиваний по руке и обычному психотерапевтическому воздействию. Значительные изменения после лечения были обнаружены при использовании физиологических способов измерения (в том числе измерения гальванических потенциалов кожи, ее температуры и частоты пульса) и Шкалы субъективных единиц беспокойства. Результаты исследования показали, что при использовании движений глаз на протяжении даже одного сеанса у субъектов наблюдается выраженное снижение дистресса. При этом релак-

сация автоматически возникала во время серий движений глаз, что можно считать подтверждением теоретической модели обусловливания.

9. *S. Wilson, Becker, and Tinker (в печати).* В экспериментальном исследовании участвовало 80 субъектов с различными травмами (20 из них — с посттравматическим синдромом). Они подвергались воздействию ДПДГ (в том числе отсроченному), проводившемуся пятью опытными и прошедшими подготовку психотерапевтами. Существенные результаты были отмечены при проверках, проводившихся через 30 дней, 90 дней и через год после лечения. Для определения результативности применялись Шкала влияния событий, Стандартное интервью для посттравматического синдрома, Шкала субъективных единиц беспокойства, Шкала соответствия представлений и некоторые другие психометрические методы. Отмеченные эффекты можно считать достаточно высокими вне зависимости от того, относились ли они к субъектам с диагнозом посттравматического синдрома.

Среди исследований, связанных с симптоматикой посттравматического синдрома и не включенных в таблицу, можно отметить следующие.

1. Анализ программы лечения в условиях стационара ветеранов, страдающих посттравматическим синдромом (100 человек), в котором сравниваются ДПДГ, биологическая обратная связь и тренинг релаксации. На основании использования семи психометрических методов авторы исследования приходят к выводу, что ДПДГ существенно превосходит другие способы лечения посттравматического синдрома (Silver, Brooks, & Obenchain, 1995).

2. Исследование в группе из 100 лиц, пострадавших от циклона “Эндрю”, обнаружило существенные отличия (измерения производились с помощью Шкалы влияния событий и Шкалы субъективных единиц беспокойства) у лиц, подвергавшихся воздействию ДПДГ (Grainger, Levin, Allen-Byrd & Fulcher, 1994).

3. Исследование в группе 60 работников железной дороги, страдавших от травматических последствий различных аварий и критических инцидентов. В этом исследовании использовался отдельный сеанс по обсуждению процесса. Время воздействия с помощью ДПДГ составляло примерно 20 минут (Solomon & Kaufman, 1994). Использование ДПДГ приводило к улучшению результатов, отмеченному при использовании Шкалы влияния событий и последующих измерениях через 2, и 10 месяцев.

4. С группой респондентов проводилась работа специалистами, имевшими опыт лечения более 10 тыс. клиентов. 76% сообщали о достижении значительного положительного эффекта при использовании ДПДГ по сравнению с другими методами. Только 4% опрошенных считали, что положительный эффект при использовании ДПДГ был незначительным (Lipke, 1992b, 1994; см. приложение II).

Хотя большинство из этих исследований показало достижение положительных результатов, в следующих параграфах я отмечу некоторые недостатки и проблемы, которые, я надеюсь, будут учтены при проведении будущих исследований.

1. Некоторые из опубликованных исследований, посвященных ДПДГ, не соответствуют методам, принятым в клинической практике. Например, в двух исследованиях, не связанных с посттравматическим синдромом (и не упомяну-

тых в таблице), исследователи, не получившие достаточной подготовки в использовании техники ДПДГ и применявшие ограниченное количество направляемых движений глаз, тем не менее делают заключения обо всей технике ДПДГ (Sanderson & Carpenter, 1992; Tallis & Smith, 1994). Оба эти исследования сообщают об эффектах, которые ничем не отличаются от эффектов при обычном психотерапевтическом воздействии.

Хотя в этих исследованиях высказываются предположения о причине эффективности движений глаз, их результаты ничего не добавляют к пониманию природы ДПДГ. Как уже не раз отмечалось, ДПДГ является комплексной методологией, использующей гораздо больше компонентов, чем направляемые движения глаз. Более того, для достижения максимального клинического эффекта движения глаз должны подходить конкретному клиенту. А как мы видели, некоторые из клиентов не реагируют на определенные направления движений глаз либо им может не подходить скорость этих движений, в то время как другим клиентам для эффективности психотерапии необходимо, чтобы движения глаз систематически изменялись на протяжении курса лечения.

В исследовании страдающих фобиями клиентов (Sanderson & Carpenter, 1992) сообщается о снижении степени дистресса, эквивалентному всего лишь двум баллам по Шкале субъективных единиц беспокойства после семи серий движений глаз, ограниченных одним направлением, в результате чего у читателя может возникнуть впечатление, что фобии плохо поддаются лечению с помощью ДПДГ. Такое ошибочное заключение опровергается дополнительными сообщениями (Acierno, Tremont, Last, & Montgomery, 1994) об исследовании, в котором участвовали субъекты с множественными фобиями, также подвергавшиеся неудачному лечению с использованием ограниченных одним направлением движений глаз. Кроме того, исследователи недостаточно точно применяли процедуры, описанные в моих ранних статьях (Shapiro, 1989a, 1989b), — субъект получал инструкции расслабляться после каждой серии движений глаз, и лечение не начиналось до тех пор, пока физиологические показатели не возвращались к первоначальным.

При этом происходило повторяющееся прерывание процесса переработки. Нетрудно предположить, что при таком подходе не могут быть достигнуты значимые положительные результаты. С другой стороны, исследователь, прошедший обучение технике ДПДГ (Kleinknecht, 1993), сообщал о достижении полной десенсибилизации при лечении боязни вида крови (произошло снижение беспокойства на 10 баллов по Шкале субъективных единиц беспокойства) в течение времени, эквивалентного одному сеансу. Физиологические и поведенческие измерения, проведенные Кляйнкнехтом, и достигнутые эффекты, о которых он сообщает в своей работе, подтверждают неоднократно высказывавшееся в последние пять лет мнение, что ДПДГ является эффективным средством для лечения фобий.

2. *При исследованиях используются стандартные психометрические процедуры, хотя они не дают возможности адекватно оценить эффективность лечения.* К сожалению, психометрических методов, способных обнаружить изменения при переработке как отдельного, так и множественных травматических воспоминаний, явно недостаточно. Хотя в некоторых работах (Boydewyns et al., 1993; Jensen, 1994) отмечается снижение уровня по Шкале субъективных единиц беспокойства у субъектов, принимавших участие в экспериментах, другие

методы измерений, применявшиеся этими авторами, носили общий характер (это были методы, обычно использующиеся при лечении посттравматического синдрома) и с их помощью нельзя было определить степень улучшения при переработке одного из дюжины травматических воспоминаний у ветеранов боевых действий (Keane & Keane, 1992). Более того, по данным другого исследования (Boydewyns et al.), физиологические методы измерений вообще не обнаруживали каких-либо изменений *ни в одном* из клинических исследований применения ДПДГ при лечении ветеранов — жертв множественных травм (Boydewyns & Hyer, 1990).

3. *При анализе компонентов (Pitman et al, 1993; Renfrey & Spates, 1994; Wilson et al., 1995) движения глаз сравниваются с другими формами стимуляции или с намеренной фиксацией взгляда без использования обычных методов лечения или контрольной плацебо-группы для проведения действительно адекватного сравнения*. За исключением признаков физиологической реакции, обнаруженных в исследовании Уилсона (Wilson et al.), использовавшего оборудование для измерения биологической обратной связи, эта идея мало что дает для понимания эффективности лечения с помощью ДПДГ, хотя альтернативные раздражители используются в этой технике уже на протяжении многих лет. Более того, другие процедурные элементы ДПДГ вызывают явный положительный эффект и поэтому не могут быть использованы в качестве плацебо в контрольной группе. Таким образом, движения глаз являются лишь одной из возможных форм внешней стимуляции, дающих психотерапевтический эффект. Возможно, для исследователей, занимающихся анализом компонентов процедуры, было бы полезно рассматривать ДПДГ в более широких границах общих принципов этой техники и считать, что аббревиатура ДПДГ (англ. EMDR) означает на самом деле “Exposure-Mediated Dual Reprocessing” — “Двойная переработка с помощью внешнего воздействия”. Иными словами, эффект переработки, наблюдаемый при использовании ДПДГ, может быть вызван сочетанием воздействия на травматическое воспоминание и другими процедурными элементами и возникает при осознавании травмы с одновременным сосредоточением внимания на внешних раздражителях. Можно предположить, что многие альтернативные раздражители будут активировать переработку в том случае, если исследователь поможет субъектам сосредоточиться на дисфункциональной цели воздействия с правильно уравновешенными ее компонентами (образом, представлением и физическими ощущениями), проводя после этого испытуемых через процедуру ДПДГ.

Четверо исследователей предпринимали попытку изучить эффективность ДПДГ при лечении посттравматического синдрома, исследуя отдельно наиболее существенный компонент процедуры — повторяющиеся движения глаз. К сожалению, каким-либо новым открытиям препятствовали неадекватный контроль за ходом экспериментов, количество испытуемых, недостаточное для статистической достоверности выводов, а также привлечение испытуемых с рентными установками, что было причиной проявления лишь незначительного эффекта лечения. Эти исследования отдельного компонента ДПДГ содержат противоречивые сообщения. В двух из них (Boydewyns et al., 1993; Wilson et al., 1995) было обнаружено, что использование движений глаз дает явно больший эффект, чем наблюдения в контрольной группе, где движения глаз не применя-

лись. В то же время в двух других исследованиях (Pitman et al., 1993; Renfrey and Spates, 1994) обнаружен такой же эффект и в контрольной группе.

Во всех четырех исследованиях участвовало небольшое число испытуемых. Несмотря на это, можно отметить значительные отличия в эффективности лечения по сравнению с исследованиями, в которых участвовали субъекты с единичной травмой (Renfrey & Spates, 1994; Wilson et al., 1995), и исследованиями, проводившимися с хронически больными ветеранами (Boudewyns et al., 1993; Pitman et al., 1993). Это позволяет предположить, что исследования среди испытуемых с единичной травмой без рентных установок являются хорошим способом определения различий между эффективностью различных компонентов процедуры ДПДГ.

Питмэн (Pitman et al.) сравнивает условия при процедуре ДПДГ, использующей движения глаз, с процедурой, в которой применяется комбинация фиксации взгляда на точке, расположенной на стене, постукивание по руке и ритмическая визуальная стимуляция, создаваемая психотерапевтом с помощью повторяющихся движений руки перед лицом субъекта. Второе условие в этом комплексе можно считать играющим роль плацебо (либо эквивалентным обычному внешнему воздействию). Однако в сущности это своего рода сравнение ДПДГ с самим собой, так как в предыдущих главах было ясно показано, что ДПДГ включает в себя много элементов, каждый из которых (так же как их сочетание) важен для достижения максимальной психотерапевтической эффективности. Более того, другие задания на сосредоточение внимания, такие как слежение за постукиваниями по руке, применяются в клинической практике вместо движений глаз со сходными результатами. Поэтому нет ничего удивительного, что в исследовании Питмэна были обнаружены незначительные отличия в эффективности этих двух компонентов. В роли подлинного плацебо могло бы быть такое воздействие, которое не связано ни с одним из компонентов процедуры ДПДГ. Кроме того, сложность комбинированного контроля, использованного в исследовании Питмэна, препятствовала любым определениям того, какие именно аспекты движений глаз могли бы быть ответственными за возникновение психотерапевтического эффекта.

В исследовании, проведенном Ринфри и Спэйтсом (Renfrey & Spates, 1994) и носившем более концептуализированный характер, чем исследование Питмэна, поднят ряд интересных вопросов. Для сравнения с различной длительностью курса лечения испытуемые субъекты в группе, где проводились стандартные движения глаз, участвовали в (в среднем) 3,9 сеанса с 43,5 сокращенными сериями движений глаз, в то время как испытуемые субъекты в группе, где применялось сосредоточение взгляда, участвовали в (в среднем) 5,4 сеанса с общим количеством серий сосредоточения визуального внимания, равным 57,6. При сравнении эффективности процедур отмечалось, что 22 из 23 испытуемых субъектов в начале исследования отвечали критериям для определения посттравматического синдрома, в то время как после исследования только один субъект в группе, где применялись движения глаз (и три субъекта в группе, где применялось визуальное сосредоточение), соответствовали критериям посттравматического синдрома. Таким образом, недостаточная статистическая достоверность сравнения двух видов воздействия, с учетом таких факторов, как длительность лечения, количество серий движений глаз и эффективность лечения могут быть связаны с малым количеством испытуемых (8 человек в группе, где применя-

лась техника ДПДГ, и 7— в группе с использованием визуального внимания). Все это существенно ограничивает применимость полученных результатов.

Существование клинически вполне эффективных альтернатив движениям глаз не следует воспринимать как повод для преуменьшения психотерапевтической эффективности техники ДПДГ, поскольку нет оснований полагать, что только движения глаз являются уникальным способом воздействия. Движения глаз могут быть эффективными при взаимодействии таких факторов, как сосредоточение внимания, стимуляция ориентировочной реакции или механизм двойной переработки, ритмически повторяющаяся активность, двусторонняя активация или иные факторы. Многие из этих элементов присутствуют в используемых альтернативных раздражителях (в том числе фокусирование взгляда на точке, расположенной на стене) и каждый из них может давать психотерапевтический эффект различной степени. Важно, чтобы при определении условий, которым должен соответствовать плацебо-фактор (что необходимо для адекватной оценки возможных эффектов лечения), исследователи не преуменьшали комплексный характер мозговой активности, участвующей в любом акте внимания, пусть даже самом незначительном.

4. *Испытуемые субъекты, участвующие в некоторых исследованиях ДПДГ, имеют слишком много рентных установок, чтобы за несколько сеансов можно было достаточно* точно *оценить эффективность психологического метода*. Положительные эффекты, отмечающиеся в подобных исследованиях (Boudewyns et al., 1993; Jensen, 1994; Pitman et al., 1993), должны оцениваться с учетом этого момента. В отличие от большинства клиентов, проходящих психотерапию, при исследованиях ДПДГ основной контингент испытуемых составляют хронически больные лица, получающие компенсацию по нетрудоспособности. Как подтверждают наблюдения большинства психотерапевтов, перед тем как предпринимать попытки получить хотя бы незначительный психотерапевтический эффект, необходимо учитывать рентные установки (в данном случае — пособие от Департамента по делам ветеранов), часто являющиеся важным моментом в жизни этих индивидов.

Расширенное клиническое и профессиональное применение техники

Все вышеперечисленные проблемы относятся не только к ДПДГ. Я надеюсь, что к этому обсуждению прислушаются и другие исследователи. Хотя миллионы людей страдают от последствий психических травм и миллионы долларов ежегодно выделяются на исследования в сфере душевного здоровья, было проведено всего лишь несколько полноценных экспериментальных исследований, связанных с посттравматическим синдромом. Более того, качество отраженных в публикациях исследований оставляет желать лучшего (Blake et al., 1993; Hyer, 1994b; Solomon et al., 1992). К сожалению, пока еще нет общепринятых стандартов качества клинических исследований, так же как нет и универсальной издательской политики в отношении публикаций материалов исследований, посвященных психотерапевтическим процедурам. Все эти недостатки явно ограничивают ценность опубликованных исследований, поскольку открытия не мо-

гут в полной мере представлять эффективность всей методологии, успешно применяемой на практике опытными психотерапевтами.

Потребность в повышении уровня клинических исследований становится особенно важной для практикующих психотерапевтов. Отдельные исследования не могут быть причиной принятия метода или его отвержения, но принципы отбора и публикации материалов исследований имеют далеко идущие последствия. Хотя психологи давно уже высказывали желание основываться в исследованиях на научных принципах, открытым остается вопрос, действительно ли исследователи используют эти принципы. Например, если целью исследования является объективация субъективного опыта, то понятно, что должна быть внешняя оценка того, как сам исследователь применяет тот или иной клинический метод.

Проблема точности применения методов лечения имеет очень большое значение в клинических исследованиях. Является ли метод, прошедший проверку, действительно тем методом, который применяется в клинической практике? Исследования техники ДПДГ, как и клинические исследования в целом, указывают на то, что проверка точности применения часто была сведена к минимуму либо вообще игнорировалась. Поэтому возможность использования результатов этих исследований в клинической практике является, к сожалению, весьма ограниченной. Это отразилось в сравнительно небольшом психотерапевтическом эффекте, отмеченном в трех исследованиях применения ДПДГ для лечения ветеранов (Boudewyns et al., 1993; Jensen, 1994; Pitman et al., 1993), в которых проверка на правильность применения техники либо вообще не проводилась, либо была весьма незначительной.

Проблема недостатка адекватных клинических норм, на которые должны были бы ориентироваться психотерапевты при проведении клинических исследований, высказывается во многих исследованиях, указывающих на недостаточную достоверность, надежность и валидность результатов. С другой стороны, сама возможность публикации данных таких исследований создает у некоторых издателей журналов и исследователей впечатление, что некорректность отдельных авторов в соблюдении норм научных исследований является широко распространенной и вполне приемлемой.

Такая ситуация не приносит пользы ни для науки, ни для пациентов.

Вопрос о тщательности проведения клинических исследований имеет не только академическое значение, но и относится ко всем практикующим психотерапевтам. Если психотерапевт пытается использовать на практике тот или иной специфический метод лечения (или, наоборот, избегает его применять), справедливость такого подхода может быть подтверждена только путем всесторонней проверки метода, совместимой с реальной клинической практикой, предполагающей участие адекватно подготовленных испытуемых субъектов и использование соответствующих психометрических методов.

Клиническая ответственность

Кроме вопроса о достоверности результатов научных исследований существует еще проблема персональной ответственности психотерапевта и точности применения того или иного метода лечения. Любой положительный психотерапевтический эффект является результатом взаимодействия между психотерапевтом, методом и клиентом. Понятно, что необходимо предварительно оце-

нить степень готовности клиента и пригодность для него данного вида психотерапевтического вмешательства. При неадекватной оценке готовности клиента эффективность лечения оказывается под угрозой, и эту возможность необходимо учитывать при любой оценке процесса лечения.

Конечно, тот или иной психотерапевтический метод может оказаться просто неэффективным. Однако в случае ДПДГ отмечается явное преобладание не только экспериментальных исследований с выраженным положительным результатом, но и сообщений об успешном применении ДПДГ в исследованиях со стандартизированными методами оценки как при лечении отдельных индивидов, так и групп (подробнее об этом говорилось в главе 1). Следует упомянуть и о положительном отзыве прошедших обучение ДПДГ специалистов, применявших эту технику при лечении более 10 тыс. человек. Поэтому можно считать, что если при использовании ДПДГ психотерапевту не удается добиться положительного эффекта у большинства клиентов, ему не следует спешить с выводом, что несовершенной является сама техника, а стоит задуматься о том, насколько правильно он ее применяет.

Возможно, психотерапевты, которым не удается получить выраженный положительный эффект при использовании ДПДГ, просто не могут совместить ДПДГ со своим собственным стилем работы. ДПДГ предполагает в высокой степени фокусированную, интерактивную клиническую работу с клиентом, вызывающую достаточно сильные беспокоящие эмоции. Некоторые процедурные факторы могут вызывать затруднения у самого психотерапевта — например, правило: “Не мешайте клиенту, если переработка происходит успешно”. Иные психотерапевты могут считать слишком директивным когнитивное взаимопереплетение и т.п. Так, некоторым прекрасным специалистам не удается освоить ДПДГ просто потому, что эта техника для них неудобна. Это одна из опасностей, возникающих при обучении любому новому методу на любой стадии клинической карьеры. Хотелось бы надеяться, что эта проблема будет разрешена, когда знакомство с ДПДГ станет частью стандартного курса при обучении в аспирантуре.

Психотерапевты, которых привлекают принципы и практика ДПДГ, смогут открыть в этой технике многообещающий способ лечения.

Практические наблюдения позволяют предположить, что психотерапевты, прошедшие обучение под руководством опытного в технике ДПДГ специалиста, при правильной подготовке клиентов могут надеяться на достижение явно выраженного положительного результата (может быть, около 80—90%). Если же такой эффект не достигнут, психотерапевту необходимо признать собственную ответственность за недостаточную подготовку к практическому применению метода.

Когда писалась эта книга, в мире было около 10 тыс. специалистов, прошедших обучение технике ДПДГ. Некоторые из них более опытны, чем другие. Наиболее опытные профессионалы образуют группу из примерно 200 человек, помогающих при обучении ДПДГ. С этими специалистами можно связаться с помощью Сети ДПДГ (*EMDR Network*), некоммерческой профессиональной организации, задача которой состоит в обучении технике ДПДГ и дальнейшему развитию ее возможностей. Членами Сети ДПДГ могут стать психотерапевты, исследователи и все те, кто прошел обучение этой технике.

Независимый профессиональный комитет ДПДГ был учрежден для наблюдения за профессиональной деятельностью, связанной с техникой ДПДГ и поли-

тикой, проводимой при обучении. Дополнительную информацию об обучении ДПДГ можно найти в приложении II.

Уровень профессиональных умений психотерапевта оказывает очень большое влияние как на клиента, так и на людей, с которыми клиент контактирует. Успешное лечение одного клиента может вдохновить других обратиться за психотерапевтической помощью, так же как неудача оттолкнет потенциальных клиентов. Радость, испытываемая психотерапевтом при хорошей работе, связана с участием в процессе исцеления клиента. Ведь клиенты передают свои жизни и свои души в наши руки. И только наша высочайшая внутренняя целостность, наш уровень профессиональных умений и глубокое сострадание могут удовлетворить их нужды.

Итоги и выводы

Клинические эффекты ДПДГ были описаны в многочисленных сообщениях об экспериментальных исследованиях. Однако механизм, лежащий в основе процесса переработки информации, остается (и, скорее всего, останется в обозримом будущем) не вполне понятным из-за недостаточного уровня наших знаний о нейрофизиологических механизмах и отсутствия необходимых измерительных приборов. Даже такие выражения, как “синхронизация работы полушарий мозга”, говорят скорее о наблюдаемых эффектах, чем об их причинах.

Несмотря на это, было предложено много теорий, пытающихся объяснить эффективность техники ДПДГ. Эти теории связаны как с процедурными элементами ДПДГ, так и со специфическими гипотезами, относящимися к движениям глаз самим по себе. Гипотезы объясняют психотерапевтический эффект, возникающий при использовании движений глаз, разрушением стереотипной реакции, отвлечением внимания, гипнозом, изменением синаптических потенциалов, сходством с БДГ-сном, реакцией релаксации или активацией кортикальных функций, в том числе ритмической стимуляции с помощью внешнего раздражителя, задающего ритм, а также активацией обоих полушарий мозга, вызывающей интегративную переработку.

Резкий рост популярности ДПДГ связан с многочисленными клиническими наблюдениями специалистов, которые значительно опережали количество экспериментальных научных исследований техники ДПДГ. Отчасти это можно считать признаком общего недостатка научных исследований, связанных с лечением посттравматического синдрома.

Эта книга была написана как дополнение к практическому обучению, проводимому под руководством опытных инструкторов по технике ДПДГ. Обучение этой технике проводится на учебных сеансах в учреждениях, связанных со сферой душевного здоровья, либо как часть программы обучения в аспирантуре, однако все это — только начало процесса обретения опыта. И когда формальное обучение завершено, перед психотерапевтами и исследователями, применяющими технику ДПДГ, встает проблема ответственности за совершенствование своих профессиональных умений в практической работе, руководства опытных специалистов и консультаций с ними.

Техника ДПДГ уже помогла облегчить страдания тысячам клиентов и произвела благоприятное впечатление на еще большее количество людей — друзей и членов семей этих клиентов. Однако техника ДПДГ, как и всякая другая, хороша настолько, насколько хорошо подготовлен применяющий ее специалист.

Психотерапевтический потенциал ДПДГ чрезвычайно велик — и столь же велика персональная ответственность каждого работающего с ней за правильное использование этого потенциала.

> Мы не можем жить только для себя. Тысячи нитей связывают нас с другими людьми; и среди этих нитей, переплетенные с ними сочувствием — наши действия, начинающиеся как причины и возвращающиеся к нам как следствия.
>
> *Герман Мелвилл*

ЛИТЕРАТУРА

Abruzzese, M. (1994, September). *Behavioral play therapy with young children.* Paper presented at the 24th Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Korfu,Greece.

Acierno, R., Tremont, G., Last, C., & Montgomery, D. (1994). Tripartite assessment of the efficacy of eye-movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 259—276.

Alexander, F. (1956). *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Norton.

Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy.* New York: Ronald Press.

Amadeo, M., Shagass, C. M. (1963). Eye movements, attetnion and hypnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 136, 136—145.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

Anisman, H. (1978). Neurochemical changes elicited by stress. In H. Anisman & G. Bignami (Eds.), *Psychopharmacology of aversively motivated behavior.* New York: Plenum.

Antrobus, J. S., & Singer, J. (1964). Eye movements, accompanying daydreams, visual imagery, and thought suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 244—252.

Arai, A., & Lynch, G. (1992). Factors regulating the magnitude of long-term potentiation induced by theta pattern stimulation. *Brain Research*, 598, 173—184.

Armstrong, N., & Vaughan, K. (1994, June). An orienting response model for EMDR. *Paper presented at the meeting of the New South Wales Behavior Therapy Interest Group.* Sydney, Australia.

Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*, 118, 273.

Baker, N., & McBride, B. (August, 1991). *Clinical applications of EMDR in a law enforcement environment: Observations of the psychological service unit of the L. A. County Sheriff's Department.* Paper presented at the Police Psychology (Division 18, Police & Public Safety Sub-section) Mini-Convention at the 99th annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

Barrionuevo, G., Schottler, F., & Lynch, G. (1980). The effects of repetitive low-frequency stimulation on control and “potentiated” synaptic responses in the hippocampus. *Life Sciences*, 27, 2385—2391.

Bart, P.B., & Scheppele, K.L. (1980, August). *There ought to be law: Women's definitions and legal definitions of sexual assault.* Paper presented at the meeting of the American Sociological Association, New York.

Bauman, W., & Melnyk, W. T. (1994). A controlled comparison of eye movement and finger tapping in the treatment of test anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25, 29—33.*

Besk, A.T. (1967). *Depression.* New York: Hoeber-Harper.

Beere, D.B. (1992). More on EMDR. *The Behavior Therapist, 15*, 110—111.

Bernstein, C., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and mental Diseases, 174*, 727—735.

Black, J. L., & Keane, T. M. (1982).Implosive therapy in the treatment of combat-related fears in a World war II veteran. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*, 163—165.

Blackburn, A. B., O’Connell, W. E., & Richman, V. W. (1984) PTSD, the Vietnam veteran, and Adlerian natural high therapy: Individual psychology. *Journal of Adlerian Theory, Research and Practice, 40,* 317—332.

Blake, D. D., Abueg, F. R., Woodward, S. H., & Keane, T. M. (1993). Treatment efficacy in posttraumatic stress disorder. In T.R. Giles. (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum.

Blanchard, E. B., & Abel, G. G. (1976). An experimental case study of the biofeedback treatment of a rape-induced psychophysiological cardiovascular disorder. *Behavior therapy, 7,* 113—119.

Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Pallmayer, T. P., & Gerardi, R. J. (1982). The development of a psychophysiological assessment procedure for posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Psychiatric Quarterly, 54,* 220—228.

Boudewyns, P. A. (1976). A comparison of the effects of stress vs. relaxation instrumentation on the finger temperature response. *Behavior Therapy, 7,* 54—67.

Boudewyns, P. A., & Hyer, L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy, 21,* 63—87.

Boudewyns, P. A., Hyer, L. A., Peralme, L., Touze, J., & Kiel, A. (1994), August). *Eye movement desensitization and reprocessing for combat related PTSD: An early look.* Paper presented at the 102nd annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

Boudewyns, P. A., Hyer, L., Woods, M. G., Harrison, W. R., & McGranie, E. (1990). PTSD among Vietnam veterans: An early look at treatment outcome with direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress, 3,* 350—368.

Boudewyns, P. A., & Shipley, R. H. (1983). *Flooding and implosive therapy: Direct therapeutic exposure in clinical practice.* New York: Plenum.

Boudewyns, P. A., Stwertka, S. A., Hyer, L.A., Albrecht, J. W., & Sperr, E. V. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing: A pilot study. *Behavior Therapy, 16*, 30—33.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36,* 129—148.

Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation, 1,* 4—23.

Brende, J. O. (1981). Combined individual and group therapy for Vietnam veterans. *International Journal of Group Psychotherapy, 31*, 367—378.

Brende, J. O. & McCann, I. L. (1984). Regressive experiences in Vietnam veterans: Their relationship to war, posttraumatic symptoms and recovery. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 14,* 57—75.

Brindley, G. S., & Merton, P. A. (1960). Absence of position sense in the human eye. *Journal of Physiology, 153,* 127—130.

Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 607—612.

Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). *Rape: Victims of crisis.* Bowie, MD: Robert, J. Brady.

Calof, D. (1992 June). *Self-injurious behavior: Treatment strategies.* Paper presented at the 4th annual Eastern Regional Conference on Abuse and Multiple Personality, Alexandria, VA.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experience scale. *Dissociation, 6,* 16—27.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., & Hedlund, N. L. (in press). Eye movement desensitization and reprocessing as an exposure intervention in combat-related PTSD. *Journal of the Vietnam Veterans Institute.*

Chaplin, E. W., & Levine, B. A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continuous exposure in flooding therapy. *Behavior Therapist, 12, 360—368.*

Chemtob, C., Roitblat, H., Hamada, R.,Carlson, J., & Twentyman, C. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 253—275.

Christi, M. J., & Chesher G. B. (1982). Physical dependence on physiologically released endogenous opiates. *Life Science, 30*, 1173—1177.

Cocco, N. & Sharpe, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 24,* 373—377.

Cohn, L. (1993). Art psychotherapy and the new eye treatment desensitization and reprocessing (EDM/R) method, an integrated approach. In E. Dishup (Ed.), *California art therapy trends.* Chicago: Magnolia Street.

Cooper, N. A., & Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 381—391.

Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness.* New York: Norton.

Cousins, N. (1989). *Head First: The biology of hope.* New York: Dutton.

Crump, L. E. (1984). Gestalt therapy in the treatment of Vietnam veterans experiencing PTSD symptomatology. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 14,* 90—98.

Daniels, N., Lipke, H., Richardson, R., & Silver, S. (1992, October). Vietnam Veterans' treatment programs using eye movement desensitization and reprocessing. *Symposium presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles.*

Day, M. E. (1964). An eye movement phenomenon relating to attention, ghought and anxlety. *Perceptual and Motor Skills*, 19, 443—446.

DePascalis, V., Penna, P. M. (1990). 40 hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis, 38*, 125—138.

Doctor, R. (1994, March). Eye movement desensitization and reprocessing: A clinical and research examination with anxiety disorders. *Paper presented at the 14th annual meeting of the anxiety Disorders Association of America, Santa Monica, CA.*

Drake, R. A. (1984). Lateral asymmetry of personal optimism. *Journal of Research in Personality, 18,* 497—507.

Drake, R. A. (1987). Effects of gaze manipulation on aesthetic judgments: Hemisphere priming of affect. *Acta Psychologica, 65,* 91—99.

Drake, R. A. (1991). Processing persuasive arguments: Recall and recognition as a function of agreement and manipulated activation asymmetry. *Brain and Cognition, 15,* 83—94.

Drake, R. A. (1993). Processing persuasive arguments: Discouting of truth and relevance as a function of agreement and manipulated activation asymmetry. *Journal of Research in Personality, 27*, 184—196.

Drake, R. A., and Bingham, B. R. (1985). Inducted lateral orientation and persuasibility. *Brain and Cognition, 4*, 156—164.

Drake, R. A., & Seligman, M. E. P. (1989). Self-serving biases in causal attributions as a function of altered activation asymmetry. *International Journal of Neuroscience, 45*, 199—204.

Drake, R. A. and Sobrero, A. P. (1987). Lateral orientation effects upon trait-behavior and attitude-behavior consistency. *Journal of Social Psychology, 127*, 639—651.

Dyck, M. J. (1993). A proposal for a conditioning model of eye movement desensitization treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24*, 201—210.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Secaucus, NJ: Citadel.

EMDR Network. (1991, September). *Treating children with EMDR and artwork.* Special report of the Children/Adolescents Special Interest Group, Sunnyvale, CA.

Fairbank, J. A., & Brown, T. (1987a). Current behavioral approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 3,* 57—64.

Fairbank, J. A., & Brown, T. (1987b). Heterogeneity of posttraumatic stress reactions. *Behavior Therapist, 10*, 242.

Fairbank, J. A., Gross, R. T., & Keane, T. M. (1983). Treatment of posttraumatic stress disorder: Evaluating outcome with a behavioral code. *Behavior Modification, 7,* 557—568.

Fairbank, J. A., & Keane, T. M. (1982). Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy, 13,* 499—510.

Fairbank, J. A., & Nicholson, R. A. (1987). Theoretical and empirical issues in the treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology, 43,* 44—45.

Fensterheim, H. (1994a, July). *Eye movement desensitization and reprocessing with personality disorders.* Paper presented at the 10th annual meeting of the Society for Exploration of Psychotherapy Integration, Buenos Aires, Argentina.

Fensterheim, H. (1994b). Outcome research and clinical practice. *Behavior Therapist, 17*, 140.

Figley, C. R. (1978a). Symptoms of delayed combat stress a college sample of Vietnam veterans. *Military Medicine, 143,* 107—110.

Figley, C. R. (1978b). Psychosocial adjustment among Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment.* New York: Brunner/Mazel.

Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Secondary traumatic stress disorder from helping the traumatized.* New York: Brunner/Mazel.

Figley, C. R., & Carbonell, J. L. (1995, May). *Memory based treatments of traumatic stress: A systematic demonstration program of research.* Paper to be presented at the Fourth European Conference on Traumatic Stress, Paris, France.

Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychyatric Clinics of North America, 14,* 661—675.

Fine C. G. (1994, June). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDA) for Dissociative Disorders.*Paper presented at the Eastern Regional Conference on abuse and multiple Personality, Alexandria, VA.

Fich, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fishbein, W., & Gutwein, B. m. (1977). Paradoxical sleep and memory storage processes. *Behavioral Biology, 19,* 425—464.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20—35.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 715—723.

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20,* 155—176.

Forbes, D., Creamer, M., & Rycroft, P. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: A pilot study using assessment measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 113—120.

Forman, B. D. (1980). Psychotherapy with rape victims. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 17,* 304—311.

Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D.(1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy, 19,* 403—420.

Frank, E., & Stewart, B. D. (1983a). Physical aggression: Treating the victims. In E. A. Bleckman (Ed.), *Behavior modification with women.* New York: Guilford Press.

Frank, E., & Stewart, B. D. (1983b). Treatment of depressed rape victims: An approach to stress-induced symptomatology. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches.* New York: Raven Press.

Frank, E., Turner, S. M., & Duffy, B. (1979). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders, 1,* 269—277.

Freud, S. (1953). Interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vols. 4 & 5). London: Hogart Press. (Original work published in 1900).

Freud, S. (1955). Introduction to psychoanalysis and the war neuroses. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17). London: Hogarth Press. (Original work published in 1919).

Freud, S. (1964). Moses and monotheism. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological of Sigmund Freud* (Vol. 23). London: Hogarth Press. (Original work published in 1939).

Freud, S., Ferenczi, S., Abraham, K., Simmel, e., & Jones, E. (1921). *Psychoanalysis and the war neurosis.* New York: International Psychoanalytic Press.

Friedman, M. J. (1988). Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. *American Journal of Psychiatry, 145,* 281—285.

Gabel, S. (1987). Information processing in rapid eye movement sleep: Possible neurophysiological, neuropsychological, and clinical correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 193—200.

Gale, A., & Johnson, F. (Eds.). (1984). *Theoretical and applied aspects of eye movement research.* New York: Elsevier.

Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35,* 991—999.

Goldfried, M. R. (1993, November). Implications of research for the practicing therapist: An unfulfilled promise? *Clinician's Research Digest* (Suppl. 10).

Goldstein, A., & Feske, U. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing an emerging treatment for anxiety disorders. *ADAA Reporter, 4,* 1, 12.

Goldstein, A., & Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case studies. *Journal of Anxiety Disorders, 8,* 351—362.

Gould, E. (1994, March). *EMDR treatment of adult survivors of sexual abuse.* Paper presented at the 14th annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Santa Monica, Ca.

Grainger, R. K., Levin, C., Allen-Byrd, L., & Fulcher, G. (1994, August). *Treatment project to evaluate the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for survivors of a recent disaster.* Paper presented at the 102nd annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

Grayson, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. (1982). Habituation during exposure treatment: Distraction versus attention-focusing. *Behaviour Research and Therapy, 20,* 323—328.

Grayson, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. (1986). Exposure *in vivo* of obsessive-compulsives under distracting and attention-focusing conditions: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 475—479.

Greenberg, R., Katz, H., Schwartz., W. & Pearlman, C. (1992). A research-based reconsideration of the psychoanalytic theory of dreaming. *Journal of the American Psychoanalytic association, 40,* 531—550.

Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) to treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety disorders Practice Journal, 1,* 83—97.

Haynes, S. N., & Mooney, D. K. (1975). Nightmares: Etiological, theoretical and behavioral treatment considerations. *Psychological Record, 25,* 225—236.

Hedstrom, J. (1991). A note on eye movements and relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 37—38.

Hekmat, H., Groth, S., & Rogers, D. (1994). Pain ameliorating effect of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 121—130.

Hepper, P. P., Hepper, M. (1977). Rape: Counseling the traumatized victim. *Personnel and Guidance Journal, 56,* 77—80.

Hill, C. E. (1994). From an experimental to an exploratory naturalistic approach to studying psychotherapy process. In R. L. Russell (Ed.), *Reassessing psychotherapy research.* New York: Guilford Press.

Hong, C., Gillin, C., Callaghan, g. A., & Potkin, S. (1992). Correlation of rapid eye movement density dream report length and not with movements in the dream: Evidence against the scanning hypothesis. *Annual Meeting Abstracts, Association of Professional Sleep Societies,* Poster # 12.

Horowitz, M. J. (1973). Phase-oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy, 27,* 506—515.

Horowitz, M. J.. (1974). Stress response syndromes, character style, and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 31,* 768—781.

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes.* New York: Aronson.

Horowitz, M. J. (1979). Psychological respose to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition.* New York: Wiley.

Horowitz, M. J. (1983). Post-traumatic stress disorders. *Behavioral Sciences and the law, 1,* 9—23.

Horowitz, M. J., & Becker, S.S. (1972). Cognitive response to stress: Experimental studies of a “compulsion to repeat trauma”. In R. Holt & E. Peterfreund (Eds.), *Psychoanalysis and contemporary science* (Vol. 1). New York: Macmillan.

Horowitz, M. J., Kaltreider, N. B. (1980). Brief psychotherapy of stress response syndroomes. In T. B. Karasu & L. Ballak (Eds.), *Specialized techniques in individual psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S., Dewitt, K. N., & Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry, 41,* 438—448.

Horowitz, M. J., Wilmer, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41,* 209—218.

Hyer, L. (1994a). *A treatment outcome study of PTSD in rape victims.* Research proposal submitted to NIMH.

Hyer, L. (1994b). The trauma response: Its complexity and dimensions. In L. Hyer (Ed.), *Trauma victim: Theoretical issues and practical suggestions.* Muncie, IN: Accelerated Development.

Hyer, l., Fallon, J. H., Harrison, W. R., 7 boudewyns P. (1987). MMPI Overreporting by Vietnam combat veterans. *Journal of clinical Psychology, 43,* 79—83.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press.

Janet, P. (1973). L’Automatisme psychologique. Paris: Societe Pierre Janet. (Original work published in 1889).

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake.* New York: Brunner/Mazel.

Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 25,* 311—326.

Jonson, C. H., Gilmore, J. D., & Shenoy, S. (1982). Use of a feeding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13,* 235—237.

Jung, C. G. (1916). *Analytic psychology.* New York: Moffat.

Kadushin, C., Boulanger, G., & Martin, J. (1981). Long-term stress reactions: Some causes, consequences, and naturally occurring support systems. In A. Egendorf, C. Kadushin, P. S. Laufer, G. Rothbart, & L. Sloan (Eds.), *Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of veterans and their peers* (Vol. 4). Washington, DC: Government Printing Office.

Karni, A., Tanne, D., Rubenstein, B. S., Askenasi, J. J., & Sagi, D. (1992). No dreams, no memory: The effect of REM sleep deprivation on learning a new perceptual skill. *Society for Neuroscience Abstracts, 18,* 387.

Keane, T. M., Caddell, J. M., Martin, B., Zimering, R. T., & Bender, M. E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake.* New York: Brunner/Mazel.

Reane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T., (1989). Improvise (flooding) Therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20,* 245—260.

Reane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., & Bender, M. E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake.* New York: Brunner/Mazel.

Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 138—140.

Keane, T. M., Scott, W. O., Chavoya, G. A., Lamparski, D. M. J., & Fairbank, J.A. (1985). Social support in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: A comparative analysis. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 53,* 95—102.

Keane, T. M., Thomas, R. S., Kaloupek, D. G., Lavori, P., 7 Orr, S. (1994, August). *Psychophysiology of posttraumatic stress disorder: Results of multisite clinical trial.* Symposium conducted at the 102nd annual meeting of the American Psychological association, Los Angeles.

Keane, T. M., Zimering, R., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist, 8,* 9—12.

Kilpatrick, D. G., Best, C. L. (1984). Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion. *Behavior Therapy,15,* 421—423.

Kilpatrick, D. G., & Calhoun, K. S. (1988). Early behavioral treatment for rape trauma: Efficacy or artifact? *Behavior Therapy, 19,* 421—427.

Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1983). Treatment for rape-related problems: crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. L. Claiborn, & G. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention.* New York: Human Sciences Press.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D. M. Doleys & R. L. Meredith (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies.* New York. Plenum.

Kitchen, R. H. (1991). Relapse therapy. *EDMR Network Newsletter, 1,* 4—6.

Kleinknecht, R. A. (1992). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desentization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,23,* 43—50.

Kleinknecht, R. A. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desentization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,24,* 211—217.

Kluft, R. P. (1985). The natural history of multiple personality disorder. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedent of multiple personality.* Washington, DC:American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1987a). First rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,*293—298.

Kluft, R. P. (1987b). Making the diagnosis of multiple personality disorder. In P. Flach (Ed.), *Diagnostics and psychopathology.* New York: Norton.

Kluft, R. P., & Fine, C. G. (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kolb, L. C. (1984). The posttraumatic stress disorders of combat: A subgroup with a conditioned emotional response. *Military Medicine, 149,* 237—243.

Kolb, L. C. (1987). Neurophysiolodgical hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 989—995.

Krupnick, J. L., & Horowitz, M. J. (1981). Stress response syndromes: Recurrent theories. *Archives of General Psychiatry, 38,* 428—435.

Krystal, J. H., Kosten, T. R., Southwick, S., Mason, J. W., Perry, B. D., & Giller, E. L. (1989). Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy, 20,* 177—198.

Kurh, K. (1987). Treatment of PTSD following automobile accidents. *Dehavior Therapist, 10,* 224, 242.

Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8,* 862—886.

Lang, P. J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 16,* 495—512.

Larson, J., & Lynch, G. (1989). Theta pattern stimulation and the induction of LTP: The sequence in which synapses are stimulated determines the degree to which they potentiate. *Brain Research, 489,* 49—58.

Laufer, R. S., Yager, T., Frey-Wouters, E., & Donnellan, J. (1981). Post-war trauma: Social and Psychological problems of Vietnam veterans in the aftermath of the Vietnam War. In A. Egendorf, C. Kadushin, P. S. Laufer, G Rothbart, & Sloan (Eds.), *Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of veterans and their peers.* New York: Center for Policy Research.

Lazrove, S. (1994, November). *Integration of fragmented dissociated traumatic memories using EMDR.* Paper presented at the 10th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago.

Leigh, J., Zee, D. (1983). *The neurology of eye movements.* Philadelphia: F. A. Davis.

Levin, C. (1993, July/August). The enigma of EMDR. Family Therapy Networker, pp. 75—83.

Levin, C., Grainger, R. K., Allen-Byrd, L., & Fulcher, G.(1994, August). *Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for survivors of Hurricane Andrew: A comparative study.*Paper presented at the 102nd annual meeting of the American psychological Association, Los Angeles. (article being prepared for journal submission.)

Levine, S. (1991). Additional visualizations for emotional and physical pain contained. In: *Guided meditations, explorations, and healings.* New York: Doubleday.

Levis, D. J. (1980). Implementing the technique of implosive therapy. In A. Goldstein & E. B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide.* New York: Wiley.

Lindy, J. D., Green, B. L., Grace, M., & Tithener, J. (1983). Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club Fire. *American Journal of Psychotherapy, 37,* 593—610.

Lipke, H. (1992a). *Manual for the teaching of Shapiro's EMDR in the treatment of combat-related PTSD.* Unpublished manuscript available from author.

Lipke, H. (1992b, October). *Preliminary survey results of 1200 EMDR-trained clinicians.* Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress. Los Angeles.

Lipke, H. (1994, August). *Survey of practitioners trained in eye movement desensitization and reprocessing.* Paper presented at the 102nd annual meeting of the American psychological Association, Los Angeles.

Lipke, H., & Botkin, A. (1992). Brief case studies of eye movement desensitization and reprocessing with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy, 29,* 591—595.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavior treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48,* 1181—1209.

Litz, B. T., & Keane, T. (1989). Information processing in anxiety disorder: application to the understanding of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 9,* 243—257.

Lohr, J., Tolin, D., & Kleinknecht, R. A. (in press-a). An intensive investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety disorders.*

Lohr, J., Tolin, D., Kleinknecht, R. A. (in press-b). An intensive investigation of eye movement desensitization of medical phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.*

London, P. (1964). *The modes and morals of psychoterapy.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Malleson, N. (1959) Panic and phobia. *Lancet, 1,* 225.

Malloy, P. F., Fairbank, J. A., & Reane, T. M. (1983). Validation of a multimethod assessment of PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 488—494.

Mandai, O., Guerrien, A., Sockeel, P., Dujardin, K., & Leconte, P. (1989). REM sleep modifications following Morse code learning session in humans. *Psychology and Behavior, 46,* 639—646.

Marks, I. M. (1972). Flooding (implosion) and allied treatments. In W. S. Agras (Ed.), *Behavior modification: Principles and clinical applications.* Boston: Little, Brown.

Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 187—192.

Marquis, J. N., & Puk, G. (1994, November). *Dissociative identity disorder: A common sense and cognitive-behavioral view.* Paper presented at the annual meting of the association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, CA.

Martinez, R. A. (1991). Innovative uses. *EDMR Network Newsletter, 1,* 5—6.

Martinez, R. A. (1992, March). *The alchemy of success: Turning losses into wins.* Keynote speech presented at the International EDMR Annual Conference, Sunnyvale, CA.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality.* New York: Harper & Row.

McCann, D. L. (1992). Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23,* 319—323.

McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3,* 131—150.

McDermott, W. F. (1981). The influence of Vietnam combat on subsequent psychopathology. Paper presented at the 89th annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

Meares A. (1960). *A system of medical Hypnosis.* New York: Julian Press.

Meichelbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification.*New York: Plenum.

Merckelback, H., & van Oppen, P. (1989). Effects of gaze manipulation on subgective evaluation of neutral and phobia-relevant stimuli. *Acta Psychologica, 70,* 147—151.

Miller, E. (1994). *Letting go of stress.* Menlo Park, CA: Source Cassette Tapes.

Miller, T. W., & Buchbinder, J. T. (1979, December). *Clinical effects of cognitive-behavior therapy with a posttraumatic war neurosis Vietnam veteran.* Paper presented at the meetihg of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Mineka, S., & Kihlstrom, J. F. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 256.

Monnier, M. (1968). *Function of the nervous system*. London: Elsevier.

Monty, R. A., Fisher, D. F., & Senders, J. W. (1978). *Eye movements and the higher psychological functions.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Monty, R. A., & Senders, J. W. (1976). *Eye movements and psychological processes.* Hillsdale, HJ: Erlbaum.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior.* New York: Wiley.

Neilsen, T. (1991). Affect desensitization: A possible function of REMs in both waking and sleeping states. *Sleep Research, 20,* 10.

Nelson, S. (1992, March). *Partners of sexual abuse victims.* Paper presented at the annual EMDR International Conference, Sunnyvale, CA.

Neurotek. (1994). Eye tracking device to assist the EMDR clinician. Pacific Grove, CA, EMDR Institute.

Nicosia, G. (1994, March). *A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography.* Paper presented at the International EMDR Annual Conference, Sunnyvale, CA.

Nicosia, G. (in press). Brief note: EMDR is Hypnosis: EEG evidence. *Dissociation.*

Norcross, J. C. (Ed.). (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

O'Brien, E. (1993, November/December). Pushing the panic button. *Family Therapy Networker,* pp. 75—83.

Ochs, L. (1993). *EEF [Electroencephalographic entrainment feedback]: Preliminary head injury data.* Paper presented at the Association of Applied Psychophysiology and Biofeedback Convention, Los Angeles.

Orlinsky, D. E., & Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. in R. l. Russell (Ed.), *Reassessing psychotherapy research.* New York: Guiford Press.

Page, A. C., & Crino, R. D. (1993). Eye-movement desensitization: A simple treatment for post-traumatice stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 27,* 288—293.

Parnell, L. (1994, August). *Treatment of sexual abuse survivors with EMDR: Two case reports.* Paper presented at the 102nd annual veeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Paulsen, S. (in press). Eye movement desensitization and reprocessing: Its cautious use in the dissociative disorders. *Dissociation.*

Paulsen, S., Vogelmann-Sine, S., Lazrove, S., & Young W. (1993, October). *Eye movement desensitization and reprocessing: Its role in treatment of dissociative disorders.* Symposium presented at the 10th annual meeting of the International Society for the Study of Multiple Personality disorders, Chicago.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes.* New York: Liveright.

Pearson, M. A., Poquette, B. M., & Wasden, R. E. (1983). Stress-inoculation: The treatment of post-rape trauma: A case report. *Behavior Therapist, 6,* 58—59.

Pelletier, K. R. (1977). *Mind as healer, mind as slayer.* New York: Delacorte.

Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 24*, 73—75.

Peniston, G. E. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder, *Clinical Biofeedback Health, 9,* 35—41.

Perry, G. L. (in press). EMDR versus PTSD: A case study. *Journal of the Vietnam Veterans Institute.*

Persons, J. (1994). Why don't my patients do as well as the ones in outcome studies? *Behavior Therapist, 17,* 60.

Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., & Steketee, G. S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 52,* 17—20.

Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E., & Lasko, N. B. (1993, May). *A controlled study of EMDR treatment for post-traumatic stress disorder.* Paper presented at the 146th annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.

Puk, G. (1991a). Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 149—151.

Puk, G. (1991b, November). *Eye movement desensitization and reprocessing: Treatment of a more complex case, borderline personality disorder.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

Puk, G. (1992, May). *The use of eye movement desensitization and reprocessing in motor vehicle accident trauma.* Paper presented at the 8th annual meeting of the American College of Forensic Psychology, San Francisco.

Puk, G. (1994, July). *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of multiple personality disorder.* Paper presented at the 10th annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Buenos Aires, Argentina.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* New York: Guilford Press.

Rachman, S. (1978). *Fear and courage.* New York: Freeman.

Raw, S. (1993). Does psychotherapy research us anything about psychotherapy? *Behavior Therapist, 16,* 75—76.

Raw, S. (in press). A plaintive plea for the desintegration of psychotherapy and psychotherapy outcome research. *Journal of Psychotherapy Integration.*

Reiser, M. (1990). *Memory in mind and brain.* New York: Basic Books.

Renfrey, G., & Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: a partial dismantling procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 231—239.

Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., & Marhoerfer-Dvorak, s. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapist, 19,* 385—401.

Resick, P. & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 748—756.

Richards, D. A., Lovell, K., & Marks, I. M. (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 7,* 669—680.

Ringo, J. L., Sobotka, S., Diltz, M. D., & Bruce, C. M. (1994). Eye movements modulate activity in hippocampal, parahippocampal, and inferotemporal neurons. *Journal of Neurophysiology, 71,* 1—4.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rosenthal, R. (1976). *Experimenter effects in behavioral research.* New York: Irvington.

Ross C. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric clinics of North America, 14,* 503—517.

Ross R. J., Ball W. A., Dinges, D. F., Kribbs, N. B., Morrison, A. R., & Silver, S. M. (1990, May). *REM sleep disturbance as the hallmark of PTSD.* Paper presented at the 143rd annual meeting of the American Psychiatric Association, New York.

Ross, R. J., Ball, W. A., Kribbs, N. B. Morrison, A. R., Silver, S. M., & Mulvanye, F. D. (1994). Rapid eye movement sleep disturbance in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 35,* 195—202.

Ross, R. J., Ball, W. A., Sullivan, K. A., & Caroff, S. N. (1989). Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 697—707.

Rossi, E. L. (1986). *The psychobiology of mind-body healing.* New York: Norton.

Rothbaum, B. O. (1992). How does EMDR work? *Behavior Therapist, 15,* 34.

Rouanzoin, C. (1994, March). EMDR: Dissociative disorders and MPD. Paper presented at the 14th annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Santa Monica, CA.

Russell, M. C. (1992). *Towards a neuropsychological approach to PTSD: An integrative conceptualization of etiology and mechanisms of therapeutic change.* Unpublished doctoral dissertation, Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto, CA.

Rychtarik, R. G., Silverman, W. K., Van Landingham, W. P., & Prue, D. M. (1984). Treatment of an incest victim with implosive therapy: A case study. *Behavioral Therapy, 15,* 410—420, 423—425.

Sabourin, M. G., Cutcomb, S. D., Crawford, H., & Pribram, K. (1990, December). EEG correlated of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: Spectral analysis and coherence. *International Journal of Psychophysiology, 10,* 125—142.

Salter, A. (1961). *Conditioned reflex therapy.* New York: Capricorn.

Sanderson, A., & Carpenter, R. (1992). Eye movement desensitization versus image confrontation: A single-session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23,* 269—275.

Sartory, G., Rachman, S., & Grey, S J. (1982). Return of fear: The role of rehearsal. *Behaviour Research and Therapy, 20,* 123—133.

Scheppele, K. L., & Bart, P. B. (1983). Through women’s eyes: Defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues, 39,*63—81.

Schindler, F. E. (1980). Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2,* 53—54.

Schmitt, R., Capo, T., & Boyd, E. (1986). Cranial electrotherapy stimulation as a treatment for anxiety in chemically dependent persons. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 10,* 158—160.

Scrignar, C. B. (1983). *Stress strategies: The Treatment of anxiety disorders.* New York: Karger.

Shapiro, D.A., Startup, M., Bird, D., Harper, H., Reynolds, s., & Suokas, A. (1994). The high-water mark of the drug metaphor: A meta-analytic critique of

process— outcome research. In R. L. Russell (ED.), *Reassessing psychotherapy research.* New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress studies, 2,* 199—223.

Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: a new for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 20,* 221—217.

Shapiro, F. (1991a). Eye movement desensitization and reprocessing procedure: From EMD to EMDR: A new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist, 14,* 133—135.

Shapiro, F. (1991b). Eye movement desensitization and reprocessing: A cautionary note. *Behavior Therapist, 14,* 188.

Shapiro, F. (1992). Stray thoughts: Frozen in childhood/bio-electrical valence. *EMDR Network Newsletter, 2,* 1—2.

Shapiro, F. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in 1992. *Journal of Traumatic Stress, 6,* 417—421.

Shapiro, F. (1994a). Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for anxiety and related trauma. In L. Hyer (ED.), *Trauma victim: Theoretical and practical suggestions.* Muncie, IN: Accelerated Development.

Shapiro, F. (1994b). Alternative stimuli in the use of EMDR. *Journal of Behavior-Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 89.

Shapiro, F. (1994c). EMDR: In the eye of a paradigm shift. *Behavior Therapist, 17,* 153—157.

Shapiro, F. (1994d). International update. *EMDR Network Newsletter, 1,* 14—16.

Shapiro, F., Solomon, R. (in press). Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive information processing. In G Everley & J. Mitchell (Eds.), *Critical incident stress management.* Elliot City, MD: Chevron.

Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., & Sine, L. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs, 26,* 379—391.

Siegel, B. S. (1989). *Peace, love & healing.* New York: Harper & Row.

Silver, S. M., Brooks, A., & Obenchain, J. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress, 8,* 337—342.

Simonton. O. C., & Creighton, J. (1982). *Getting well again.:* New York Bantam.

Solomon, G., & Temoshok, L. (1987). An intensive psychoimmunologic study of long-surviving persons with AIDS. *Annals of the New York academy of Science, 469,* 647—655.

Solomon, R. M. (1994, June). *Eye movement desensitization and reprocessing and treatment of grief.* Paper presented at 4th International conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Stockholm, Sweden.

Solomon, R. M. (1995, February). *Critical incident trauma: lessons learned at Waco, Texas.* Paper presented at the law Enforcement Psychology Conference, San Mateo, CA.

Solomon, R. M., & Kaufman, T. (1994, March). *Eye movement desensitization and reprocessing: An Effective addition to critical incident treatment protocols.* Paper presented at the 14th annual meeting of the Anxiety disorders Association of America, Santa Monica, CA.

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (in press).Eye movement desensitization and reprocessing: An Effective therapeutic tool for trauma and grief. In C. Figley (Ed.), *Death and trauma.* Orlando, FL: G. P. Press.

Solomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Association, 268, 633—638.*

Spates, R. C., & Burnette, M. M. (in press). Eye movement desensitization and reprocessing: Three complex cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.*

Spector, J., & Huthwaite, M. (1993). Eye-movement desensitization to overcome post-traumatic stress disorder. *British Journal of psychiatry, 163,* 106—108.

Spiegel, C., Kraemer, H. C., Bloom, J. R., & Gottheil, E. (1989, October). Effect of Psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet,* 888—891.

Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of America, 7,* 101—110.

Spiegel, D. (1993). Multiple posttraumatic personality disorder. In R. P Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stampft T. G., & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy; A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72,* 496.

Steketee, G., & Foa, E. B. (1987). Rape victims: Post-traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders, 1,* 69—86.

Steketee, G., & Goldstein, A. J. (1994). Reflections on Shapiro's reflection: Testing EMDR within a theoretical context. *Behavior Therapist, 17,*156—157.

Stern, R., & Marks, I. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison in agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry, 28,* 270—276.

Strayer, R., & Ellenhorn, L. (1975). Vietnam veterans: A study exploring adjustment patterns and attitudes. *Journal of Social Issues, 31,* 81—91.

Sutton, J. P., Matelak, A. N., & Hobson, J. A. (1992). Modeling states of waking and sleeping. *Psychiatric Annals, 22,* 137—143.

Taber, E. (in press). An EMDR case study with a Vietnam combat veteran. *Journal of the Vietnam Veterans Institute.*

Tallis, F., & Smith, E. (1994). Does rapid eye movement desensitization facilitate emotional processing? *Behavioral Research and Therapy, 32,* 459—461.

Teitelbaum, H. A. (1954). Spontaneous rhythmic ocular movements: Their possible relationship to mental activity. *Neurology, 4,* 350—354.

Thomas, R., & Gafner, G. (1993). PTSD in an elderly make: Treatment with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Gerontologist, 14,* 57—59.

Thyer, B. A., Papsdorf, J. D., Davis, R., & Vallecorsa, S. (1984). Autonomic correlates of the subjective anxiety scale. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 15,* 3—7.

Tilly, A. J., & Empson, J. A. (1978). REM sleep and memory consolidation. *Biological Psychology, 6,* 293—300.

Turner, S. M. (1979, December). *Systematic desensitization of fears and anxiety in rape victims.* Paper presented at the 13th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Turner, S. M., Frank, E. (1981). Behavior therapy in the treatment of rape victims. In Michelson, M. Hersen, & S. M. Turner (Eds.), *Future perspectives in behavior therapy*. New York: Plenum.

Van der Kolk, B. A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders, 13,* 203—213.

Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry, 1,* 253—265.

Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H., & Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post-traumatic stress. *Biological Psychiatry, 20,* 314—325.

Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago, 48,* 425—454.

Vaughan, K., Armstrong, M. F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 283—291.

Vaughan, K., Wiese, M., Gold, R., & Tarrier, N. (1994). Eye-movement desensitization: Symptom change in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 164,* 533—541.

Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1980). Self-reported fears of rape victims: A preliminary investigation. *Behavior Modification, 4,* 383—396.

Viola, J., & McCarthy, D. (1994). An eclectic inpatient treatment model for Vietnam and Desert Storm veterans suffering from post-traumatic stress disorder. *Military Medicine, 159,* 217—220.

Watson, J. P., Hoffman, L., & Wilson, G. V. (1988). The neuropsychiatry of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 152,* 164—173.

Watzlawick, P. (1987). If you desire to see, learn how to act. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex education and Therapy, 19,* 212—222.

Weston, D. (1994. December). *Clinical application of EMDR in HIV/AIDS care.* Paper presented at the 6th International Conference on Psychology of Health, Immunity and Disease, Hilton Head Island, SC.

Wilson, D., Covi, W., Foster, S., & Silver, S. M. (1995, May). *Eye movement desensitization and reprocessing and ANS correlates in the treatment of PTSD.* Paper presented at the 148th annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, FL.

Wilson, J. P. (1978). *Identity, ideology, and crises: Part 2. The Vietnam veteran in transition.* Cincinnati, OH: Disabled American Veterans.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (in press). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

Wilson, J. (1990). The meaning of dreams. *Scientific American. 263,* 86—96.

Winson, J. (1993). The biology and function of rapid eye movement sleep. *Current Opinion in Neurobiology, 3,* 243—247.

Wolfe, B. E. (1994). Adapting psychotherapy outcome research to clinical reality. *Journal of Psychotherapy Integration, 4,* 160—166.

Wolff, R. (1977). Systematic desensitization and negative practice to alter the afte-reffects of a rape attempt. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry, 8,* 423—425.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1991). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). New York: Pergamon Press.

Wolpe, J., & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry, 22,* 39—43.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, W. (1992). Observations of using EMDR in patients with a history of sadistic and ritual abuse. *EMDR Network Newsletter, 2,* 10—11.

Young, W. (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality. *Dissociation, 7,* 129—133.

Young, W. (in press). EMDR: Its use in resolving the trauma caused by the loss of a war buddy. *American Journal of Psychotherapy.*

Zager, E. L., & Black, P. (1985). Neuropeptides in human memory and learning processes. *Neurosurgery, 17,* 355—369.

Zilberg, N., Weiss, D. S., & Horowitz, M. (1982). Impact of event scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 407—414.

Приложение I.
КЛИНИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ

Приводимый ниже образец бланка может быть полезен для регистрации данных о клиенте и дат встреч с ним. При реальном использовании такого бланка в нем необходимо зарезервировать дополнительное место либо страницы.

Контрольный бланк данных для ДПДГ*

Имя____

Дата ____

Тип и количество поводившихся ранее консультаций____
____

Принимаемые в настоящее время лекарства____________
____

Результаты объективных анализов___________________
____

Данные об исследовании психического состояния вместе с данными исследования на предмет обнаружения диссоциативных расстройств
____

Наличие необходимого раппорта (чувство безопасности клиента, степень правдивости) ______________________________________
____

Способность использовать техники самоконтроля ______
____

Личная и социальная стабильность: факторы, на которые необходимо обратить внимание ______________________________________

Поддерживающие факторы__________________________
____

Физическое здоровье (моменты, на которые необходимо обратить внимание: нервные расстройства, беременность, заболевания сердца, органов дыхания и гериатрические заболевания; наличие проблем со зрением) _
____

Стационарное лечение (наличие потребности в нем; природа травматического воспоминания; опасен ли клиент для самого себя или для других)

Потребность в медикаментозном лечении _____________

____

Алкогольная или наркотическая зависимость (необходимые меры поддержки; программы; проводилось ли обсуждение возможного обострения)

Был ли клиент в заключении (результаты процесса, решение суда)

____

Контроль факторов социальной системы ______________

____

Рентные установки (запланированные действия)________

____

Соображения о времени, необходимом на лечение ______

____

Потребности клиента, высказанные им________________

____

Термины, в которых клиенту объяснялась теория ДПДГ: нервная система, заблокированность научения, БДГ-сон, полушария мозга, другие объяснения

____

Степень информированности при согласии клиента на лечение: было ли сделано предупреждение, что метод является новым (многообещающим, но не дающим полной гарантии); что неразрешенные воспоминания стрессового характера могут проявляться во время лечения; что непредвиденные реакции клиента могут включать в себя беспокоящие эмоции или ощущения и усиление беспокойства в интервалах между сеансами, проявляющиеся в виде ночных кошмаров или других воспоминаний ___________________

Тест на выполнимость движений глаз (какие движения клиент предпочитает; каких движений лучше избегать; следует ли использовать альтернативные раздражители)____

Использование метафор (поезд, тигр, туннель или другие)

____

Безопасное место (конкретное место и связанные с ним слова)

____

Оговоренный сигнал “стоп” ________________________

____

Прочее ____

Контрольный бланк психотерапевтического плана

Фамилия, имя ____

Дата ____

Симптомы ____

Навязчивые образы ___________________________________

Отрицательные самопредставления ____________________

Длительность ____

Первичный случай (случаи) ___________________________

Дополнительные случаи (или десять основных травматических воспоминаний) ____

Дополнительные жалобы ______________________________
Степень напряженности в настоящий момент ___________
Значимые люди _______________________________________
Желаемое состояние __________________________________

Потребность в приобретении умений и принадлежности к той или иной группе ____

Психотерапевты, работающие с ДПДГ, считают целесообразным и полезным предлагать клиентам приводимый ниже перечень положительных и отрицательных представлений. Отметим, что обычно клиенты сами могут выбрать необходимое им самопредставление либо использовать примеры как отправную точку для формулирования самопредставления, наиболее подходящего для специфики их проблем.

Перечень характерных отрицательных и положительных представлений

Отрицательные представления	*Положительные представления*
Я не заслуживаю любви	Я заслуживаю любви
Я плохой человек	Я хороший (любимый) человек
Я ужасен	Я хорош такой, как я есть
Я не заслуживаю уважения (я неадекватен)	Я заслуживаю уважения
Я опозорен	Я уважаемый человек
Я не способен любить	Я способен любить
Я недостаточно хорош	Я достойный (хороший) человек
Я достоин лишь плохих событий	Я достоин хороших событий
Я не могу быть надежным	Я могу быть надежным
Я не могу доверять самому себе	Я могу (я научился) доверять самому себе

Я не могу доверять моей оценке	Я могу доверять моей оценке
Я не могу достичь успеха	Я могу достичь успеха
Я не контролирую себя	Я контролирую себя
Я бессилен (беспомощен)	Я могу сделать выбор
Я слаб	Я силен
Я не могу защитить себя	Я могу (я научился) позаботиться о самом себе
Я тупой (я недостаточно остроумен)	Я умный (способен обучаться)
Я не имею никакого значения	Я значимый человек
Я разочарован	Я чувствую себя хорошо просто потому, что я есть
Я заслуживаю лишь смерти	Я заслуживаю жизни
Я заслуживаю лишь того, чтобы быть жалким и несчастным человеком	Я заслуживаю счастья
Я не могу получить то, что хочу	Я могу получить то, что хочу
Я неудачник (и у меня будут одни неудачи)	Я могу преуспеть
Я должен быть безупречным (и уделять всем внимание)	Я могут просто быть самим собой (и допускать ошибки)
Я постоянно болен	Я здоров (могу быть здоровым)
Я уродлив (мое тело отвратительно)	Я красив (привлекателен, способен вызывать любовь)
Я должен сделать что-то	Я сделал лучшее, что мог
Я делал что-то плохое	Я многому научился (могу научиться) из этого
Я в опасности	Я в полной безопасности в настоящее время; все миновало
Я не могу выдержать все это	Я могу справиться с этим
Я не могу доверять никому	Я могу найти человека, которому можно верить
Я не могу высказать всего этого	Я могу найти человека, чтобы высказать ему все это
Я не заслуживаю...	Я заслуживаю...
Я не должен проявлять свои эмоции	Я могу без опасения проявить свои эмоции
Я не могу быть опорой для самого себя	Я могу высказать свои потребности
Я не такой, как все	Я такой, какой есть
Я должен узнать, как сделать лучше	Я делаю лучшее, что я могу (чему я могу научиться)
Я неадекватен	Я умелый и способный человек

Перечисленные ниже основные моменты процедуры ДПДГ напоминают о тех шагах, которые полезно сделать психотерапевту во время первого сеанса.

Основные моменты процедуры ДПДГ

Объяснение ДПДГ (Психотерапевт рассказывает клиенту о сущности ДПДГ, исходя из его возраста, образовательного уровня и опыта):

"Когда происходит травма, она оказывается заблокированной в нервной системе с картиной первоначального травматического события, имевшими место в этот момент звуками, мыслями и чувствами. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, приводят к разблокированию нервной системы, что позволяет мозгу перерабатывать травматический опыт. Может быть, подобный процесс происходит во время БДГ-сна — той фазы сна, когда мы видим сновидения, когда возникающие спонтанно движения глаз помогают переработать бессознательный материал. Важно помнить, что ваш собственный мозг вызывает процесс исцеления и только вы сами можете контролировать этот процесс".

Конкретные инструкции: "Нам необходимо высвободить ваши переживания. Мне нужно получать от вас точную информацию о происходящем, как можно более точную обратную связь. Иногда что-то будет изменяться, иногда — нет. Я буду спрашивать, как бы вы оценили свои чувства в баллах, от 0 до 10; иногда эти чувства будут изменяться, а иногда не будут. Я могу спрашивать, проявляется ли у вас что-то еще, — иногда это действительно будет происходить, а иногда нет. В этом процессе не должно быть никаких "я предполагаю..." — просто давайте обратную связь так точно, как будете способны, в отношении всего происходящего, ничего не оценивая. Пусть происходит все, что происходит. Мы будем выполнять движения глаз недолго, а потом мы обсудим происходившее".

Сигнал "стоп": "Если в любой момент вы захотите остановить процесс, просто поднимите руку".

Установление необходимой дистанции: "Является ли такое расстояние от моей руки до вашего лица и скорость движения глаз удобными для вас?"

Предъявленная проблема: "С каким из воспоминаний вы хотели бы поработать сегодня?"

Образ: "Какая картина представляет наиболее неприятную часть травматического события?"

Отрицательное самопредставление: "Какие слова более всего соответствуют картине события и выражают ваше представление о себе?" (Пусть клиент выскажет свои мысли в настоящем времени с использованием местоимения "Я". Это должно быть существующее в настоящий момент отрицательное убеждение в отношении самого себя.)

Положительное самопредставление: "Когда вы вызываете картину травматического события, какие представления о себе вам хотелось бы иметь?" (Необходимо, чтобы клиент выразил положительное самопредставление, желательное для него в настоящий момент.)

Соответствие представления (только для положительного самопредставления): "Когда вы думаете об этой картине, насколько истинным кажется вам положительное самопредставление — в баллах от 1 до 7, где 1 — полностью не соответствует, а 7 — полностью соответствует?"

Эмоции (чувства): "Какие чувства вы испытываете, когда у вас возникает воспоминание о травматическом событии и слова, соответствующие отрицательному самопредставлению?"

Шкала субъективных единиц беспокойства: "Насколько сильно у вас сейчас беспокойство — в баллах от 0 до 10, где 0 — полное отсутствие беспокойства, а 10 — наиболее сильное беспокойство, которое вы могли бы представить?"

Локализация ощущений в теле: "Где в теле вы ощущаете это беспокойство?"

Десенсибилизация: "Когда у вас возникает картина события вместе со словами, относящимися к отрицательному самопредставлению [психотерапевт повторяет эти слова, соответствующие отрицательному самопредставлению], следите за моими пальцами и отмечайте ощущения, возникающие у вас в теле".

1. Медленно начните движения глаз. Увеличивайте их скорость, если движения не вызывают дискомфорта у клиента.
2. Примерно через каждые 12 минут или же при возникновении явных изменений, говорите клиенту слова: "Это оно. Хорошо. Да, это оно".
3. Полезно говорить клиенту следующие слова (особенно в том случае, если началось отреагирование): "Да, это оно. Но все это события, происходившие давно. Просто отмечайте происходящее". Можно использовать метафору с набирающим скорость поездом.
4. После серии движений глаз говорите клиенту: "А теперь забудьте все это" и (или) "Пусть происходит все, что происходит. Сделайте глубокий вдох и выдох".
5. Спросите у клиента: "Что вы сейчас чувствуете?" или "Что вы сейчас отмечаете?"
6. Если клиент сообщает о выполнении движений глаз, скажите ему: "Продолжайте это" (не повторяя слов самого клиента). Клиент должен сообщить о снижении уровня беспокойства до 0 или 1 по Шкале субъективных единиц беспокойства. Только после этого можно переходить к стадии инсталляции.

Инсталляция положительного самопредставления (связывает желаемое положительное самопредставление с первоначальным воспоминанием или образом):

1. "Остаются ли уместными слова [повторяет положительное самопредставление] или вы чувствуете, что более подходящим является другое положительное высказывание?"
2. "Думайте о первоначальном травматическом событии и об этих словах [повторяет положительное самопредставление]. Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 — полностью не соответствуют, до 7 — полностью истинны?"
3. "Удерживайте вместе картину события и положительное представление". Проведите для клиента серию движений глаз. "А теперь насколько истинным, в баллах от 1 до 7, кажутся вам слова положительного представления, если вы думаете о травматическом событии?"
4. Измеряйте степень соответствия представления после каждой серии движений глаз для его усиления и продолжайте делать это до тех пор, пока степень соответствия представления перестанет увеличиваться. Затем переходите к сканированию тела.
5. Если клиент постоянно сообщает о степени соответствия в 6 баллов или о более низкой оценке, проверьте представление на уместность и обратитесь к возможным блокирующим убеждениям (при необходимости), проводя дополнительную переработку.

Сканирование тела: "Закройте глаза, сосредоточьтесь на травматическом событии и на положительном самопредставлении, а затем мысленно сканируйте свое тело. Сообщайте мне обо всем, что вы почувствуете". Если клиент не говорит ни о каких ощущениях, проведите серию движений глаз. Если после этого возникают позитивные и комфортные ощущения, проведите дополнительную серию движений для усиления положительных чувств. Если клиент сообщает о чувстве дискомфорта, перерабатывайте его до тех пор, пока дискомфорт не снизится.

Завершение (обсуждение переживаний): "Переработка, которую мы сделали сегодня, может продолжаться и после психотерапевтического сеанса. Вы можете отмечать (а можете и не отмечать) появление новых инсайтов, мыслей, воспоминаний или сновидений. Если нечто подобное будет возникать, просто отмечайте то, что вы переживаете. Сделайте как бы моментальный снимок в памяти того, что вы видите, чувствуете, думаете, и того фактора, который вызвал все это. Запишите все это в свой дневник. Мы поработаем над этим материалом в следующий раз. Если будет необходимо, звоните мне".

Приложение II. БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИЕНТА

Техника ДПДГ была предложена как экспериментальная процедура во время обучения, начавшегося в 1990 году. Для контроля за распространением этого нового психотерапевтического подхода из опытных психотерапевтов был создан специальный независимый комитет по наблюдению за обучением ДПДГ и за соблюдением интересов безопасности клиентов. Рекомендации комитета легли в основу предлагаемой ниже инструкции, которая дает для читателя обзор основных моментов, связанных с безопасностью клиента.

1. Задачи ДПДГ при лечении диссоциативных расстройств

Цель. В этой части приложения II даются общие советы по применению ДПДГ в случае диссоциативных расстройств, когда проблема безопасности клиента должна стоять на первом месте. Эти рекомендации рассчитаны на профессиональных психотерапевтов, впервые столкнувшихся с лечением диссоциативных расстройств. Эти рекомендации не определяют стандарты лечения, специфические требования к обучению или к сертификации специалистов. Более того, эти советы не могут заменить оценки опытного специалиста или обучения в таких областях, как лечение диссоциативных расстройств или применение гипноза.

Исходные предпосылки. Далее приводятся некоторые предпосылки, лежащие в основе этих рекомендаций: 1) применять ДПДГ к лицам с диссоциативными расстройствами лучше не в виде отдельного способа лечения, а в общем контексте психотерапии; 2) в клинической практике преобладают клиенты с недиагностируемыми диссоциативными расстройствами; 3) неадекватное решение о применении ДПДГ в случае наличия диссоциативных расстройств может очень дорого обойтись пациенту, психотерапевту и всему психотерапевтическому сообществу; 4) по мере развития нашего понимания природы диссоциативных расстройств эти рекомендации будут совершенствоваться.

Исследование. Психотерапевту необходимо тщательно исследовать каждого из пациентов на предмет возможного наличия диссоциативных расстройств, лежащих в основе предъявляемых жалоб. Для этого могут быть использованы такие методы, как DES (Bernstein & Putnam, 1986) или “Исследование психического состояния при диссоциативных расстройствах” (Loewenstein, 1991). Если во время сеанса проводится мониторинг для обнаружения признаков “переключения” между “множественными личностями”, то дополнительное исследование можно не проводить. Если исследование показывает, что число признаков возможных диссоциативных расстройств невелико, то можно приступать к применению протокола ДПДГ, включающего в себя необходимые подготовительные шаги.

Уточнение диагноза. Если исследование показало, что число признаков диссоциативных расстройств достаточно велико, необходимо провести дальнейшее исследование для прояснения диагноза, используя для этого, например, “Интервью для определения диссоциативных расстройств” (DDIS; Ross, 1989) или более расширенное “Структурированное клиническое интервью для определения

диссоциативных расстройств согласно DSM-IV" (SCID; Steinberg, 1993) либо обратиться за соответствующей консультацией к специалистам.

Наличие диссоциативных расстройств. Если исследование показало, что диссоциативные расстройства действительно присутствуют у данного клиента, решение о применении ДПДГ необходимо принимать с учетом следующих факторов:

1. Факторы психотерапевта.

а) Необходимо определить, достаточно ли подготовлен сам психотерапевт к лечению диссоциативных расстройств, а именно: прошел ли он обучение в данной области и есть ли у него опыт работы с диссоциативными расстройствами под руководством опытного специалиста.

б) Следует определить, обладает ли психотерапевт следующими необходимыми умениями в лечении диссоциативных расстройств: 1) улаживать конфликты с враждебно настроенными диссоциативными пациентами, а также детьми и преступниками, страдающими диссоциативными расстройствами; 2) предвидеть проявления переноса и уметь работать с ними; 3) знакомство с гипнотическими и диссоциативными феноменами и умение работать с ними; 4) справляться с кризисными ситуациями; 5) своевременно определять необходимость медикаментозного или стационарного лечения.

г) Психотерапевт должен иметь достаточный опыт в использовании ДПДГ с пациентами без диссоциативных расстройств, прежде чем пытаться применить эту технику к клиентам, обладающим высокой степенью диссоциативности; психотерапевту необходимо уметь применять технику "когнитивного взаимопереплетения" и другие способы активного вмешательства, обучение которым происходит во время тренинга второго уровня, проводимого Институтом ДПДГ.

д) Если психотерапевт не обладает вышеперечисленными качествами, ему следует либо направить пациента к более опытному специалисту, либо самому пройти соответствующее обучение по работе с диссоциативными расстройствами и гипнозом, прежде чем пытаться применять ДПДГ к диссоциативным пациентам (см. раздел о дополнительном обучении).

е) Если психотерапевт обладает всеми необходимыми умениями и подготовкой, он может применять ДПДГ в контексте общего плана лечения только при наличии положительных факторов клиента, описанных ниже.

2. Факторы пациента.

Эти факторы также очень важны при планировании лечения лиц с диссоциативными расстройствами вне зависимости от того, будет в данном случае использоваться ДПДГ или нет. Так как ДПДГ может вызывать быструю десенсибилизацию, факторы пациента прямо влияют на степень риска, связанную с процедурой психотерапии:

а) оценка пригодности пациента для ДПДГ-психотерапии, для чего определяется 1) степень толерантности клиента, 2) стабильность его жизненной ситуации, 3) готовность испытать временный дискомфорт для обретения долгосрочного облегчения, 4) достаточная сила "эго", 5) наличие адекватной социальной поддержки, 6) история проводившегося ранее лечения. Определение этого необходимо для всех диссоциативных пациентов при любом виде психотерапии, однако при использовании ДПДГ риск, связанный с неправильной оценкой, гораздо больше, так как эта техника является сильнодействующей;

б) определение наличия следующих признаков, препятствующих использованию ДПДГ: 1) попытки нанести себе увечья, 2) активные суицидальные намерения или склонность к совершению убийств, 3) неконтролируемые навязчивые воспоминания, 4) быстрое переключение от одного "иного Я" к другому, 5) преклонный возраст или слабое здоровье, 6) смертельное заболевание, 7) постоянная потребность в приеме медикаментов, 8) продолжающиеся травмирующие взаимоотношения, 9) наличие "иных личностей", сопротивляющихся процессу отреагирования, 10) острая патология, в том числе нарциссизм, социопатия или пограничные расстройства, 11) серьезный двойной диагноз, — например, шизофрения или активная зависимость от тех или иных химических веществ.

Примечание: эти признаки не могут служить абсолютным противопоказанием. Однако общий риск и сложность применения ДПДГ при их наличии очевидны. Потенциальная польза от применения ДПДГ должна явно перевешивать риск, а все меры предосторожности должны быть соблюдены. Только психотерапевт, обладающий *действительно большим опытом* работы с подобными осложняющими обстоятельствами, действительно готов применять ДПДГ с пациентами, у которых наблюдаются подобные признаки.

Включение ДПДГ в общий план лечения. Если перечисленные выше условия соблюдены, техника ДПДГ может быть включена в план лечения как один из его компонентов. Для составления такого плана необходимы познания в области диссоциативных расстройств, а также гипноза, техники ДПДГ, поведенческой психотерапии, когнитивной психотерапии и других подходов.

Подготовка к использованию ДПДГ. Психотерапевту следует подготовить пациента к применению ДПДГ для уменьшения влияния любых проблем, которые могут возникнуть во время психотерапевтического сеанса. В то же время, используя выражение Клафта, психотерапевту необходимо всегда "ждать неожиданного". Поэтому необходимо тщательно объяснить клиенту процедуру с целью получения информированного согласия со стороны всей его "системы множественных личностей", признавая однако, что эта цель труднодостижима. От степени, в которой эта система дает свое согласие, зависит то, насколько гладко будет проходить процедура ДПДГ. Согласие со стороны всей системы "множественных личностей", даже если отдельные ее части дают это согласие неохотно, предотвратит возможные сюрпризы со стороны "иных Я" и нарушение всего хода психотерапии. При подготовке пациента к применению ДПДГ необходимо учитывать следующие факторы: 1) сложность системы "множественных личностей"; 2) информированное согласие со стороны соответствующих частей системы; 3) сотрудничество между ее частями; 4) преодолимость диссоциативных барьеров; 5) общую мотивацию всей системы к достижению изменений. Мотивированную, готовую к сотрудничеству систему легче подготовить к ДПДГ, чем враждебно настроенную, усложненную наличием непреодолимых диссоциативных барьеров. Подготовка к ДПДГ должна происходить вместе с другими формами психотерапевтической деятельности, включая установление раппорта, умение сдерживать неадекватные эмоции и т.п.

Более ранние стадии лечения. На ранних стадиях лечения диссоциативных расстройств психотерапевту, как правило, следует воздерживаться от применения ДПДГ. Исключения могут быть сделаны лишь при особых обстоятельствах, что определяется во время консультации.

Предостережение. Преждевременное использование движений глаз во время лечения содержит в себе риск преждевременного проникновения через дис-

социативные барьеры. Это может привести к неуправляемой дестабилизации всей системы и усилению суицидальных тенденций или даже склонностей к убийству. Для психотерапевтического вмешательства в подобном случае психотерапевту следует пытаться применять движения глаз лишь тогда, когда риск неудачи лечения так же велик, как и без подобного вмешательства.

Средняя стадия лечения. На протяжении стадии интеграции психотерапевт может искать различные способы использования ДПДГ, в том числе: 1) поиск прототипа подобного использования ДПДГ при нейтрализации травмы с помощью отреагирования; 2) вызывание внутреннего диалога с помощью “психотерапии эго-состояния” (Watkins, 1992) во время ДПДГ; 3) переструктурирование когнитивных искажений, используемых как цель воздействия ДПДГ; 4) создание альтернативных форм поведения во время стадии инсталляции; 5) усиление “эго” во время стадии инсталляции; 6) сочетание различных подходов.

Завершающая стадия лечения. На завершающей стадии лечения применение ДПДГ может включать в себя: 1) развитие дополнительных умений по контролированию неадекватных эмоций; 2) эффект генерализации в новых ситуациях; 3) помощь пациенту в понимании жизненных травм, боли и возможности исцеления; 4) преодоление препятствий для достижения жизненных целей клиента.

Рабочая группа по диссоциативным расстройствам. Приведем в алфавитном порядке список членов рабочей группы по диссоциативным расстройствам: Catherine Fine, Ph. D., Sandra Paulsen, Ph. D., Curt Ruanzoin, Ph. D., Gerald Puk, Ph. D., and Walter Young, M. D.

Дополнительное обучение

Психотерапевтам, которые хотели бы получить дополнительную подготовку в диагностике и лечении диссоциативных расстройств, необходимо связаться с Международным обществом изучения проблемы расщепления личности и диссоциативных расстройств (International Society fot the Study of Multiple Personality and Dissociation (ISSMPD), телефон (708) 966—4322 (в США) и организацией “Диссоциация” (“Dissociation”, 5700 Old Orchard Road, 1st Floor, Skokie, IL, 60077).

Рекомендуемая литература

Bernstein, C., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and mental Diseases, 174*, 727—735.

Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation, 1,* 4—23.

Braun, B. G. (1986). *Treatment of multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric Clinics of North America, 14*, 661—675.

Goodwyn, J. (1982). *Sexual abuse: Incest victims and their families.* Boston: Wright/ PSG.

Kluft, R. P. (1988). Making the diagnosis of multiple personality disorder. In P. Flach (Ed.), *Diagnostics and psychopathology.* New York: Norton.

Kluft, R. P. (1985). *Childhood antecedent of multiple personality.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P., & Fine, C. G. (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric clinics of North America, 14* (3), 567—604.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* New York: Guilford Press.

Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, G., & Barcher, O. (1989). The Dissociative Disorder Interview Schedule: A structured Interwiew. *Dissociation, 2* (3), 169—189.

Ross, C. A., (1989). *Multiply Personality Disorder: Diagnosis, clinical features and treatment.* New York: Wiley.

Spiegel, D. (Ed.), (1993). *Dissociative disorders: A clinical rewiev*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Steinberg, J. (1993). Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Watkins, J. (1992). *Hypnoanalytic techniques*. New York: Irvington.

2. Комитет для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ. Рекомендации

По мере развития техники ДПДГ группа психотерапевтов образовала отдельное сообщество — “Комитет для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ”, целью которого было разрешение профессиональных и этических проблем, связанных с практикой ДПДГ. Две основные задачи этого комитета, неразрывно связанные между собой, — забота об интересах клиентов и обучение технике ДПДГ.

Благополучие клиентов

Основным моментом в профессиональной практике психотерапевта любой ориентации является забота о благополучии клиента. Для психологов были разработаны “Этические принципы Американской психологической ассоциации”, служащие руководством при использовании любого типа психотерапии. (Другие специалисты, не психологи, практикующие те или иные формы психотерапии, имеют свои собственные этические кодексы, подобные этому документу.)

Вопросы благополучия клиента могут решаться различными путями. Например, перед началом лечения клиентов необходимо проинформировать обо всех процедурах, которые будут использоваться во время психотерапии. При этом возникает вопрос о степени информированности, которые в случае применения техники ДПДГ включает в себя, кроме всего прочего, подготовку клиента к самому психотерапевтическому процессу. Информированное согласие клиента особенно важно, так как ДПДГ может вызывать очень бурную эмоциональную реакцию. Поэтому необходимо быть особенно внимательным к возможным заболеваниям сердца, к беременности, проблемам со зрением и диссоциативным расстройствам. При наличии любого из этих обстоятельств перед началом при-

менения ДПДГ требуются консультации с соответствующими специалистами — врачами-терапевтами, окулистами и т.п.

Важно отметить, что ДПДГ не является просто “быстрым ремонтом” и эту технику нельзя слепо применять ко всем клиентам. В интересах благополучия клиента необходимо тщательное изучение истории болезни. Если ДПДГ применяется не вполне корректно, клиент может подвергнуться повторной травматизации (переживать беспокоящие эмоции или физические ощущения без снижения их интенсивности). Поэтому важно, чтобы психотерапевт обладал способностью не просто давать словесную оценку происходящему, но и мог интуитивно почувствовать, что необходимо делать в такой ситуации и как справиться с происходящим наиболее адекватным образом, учитывая методические рекомендации, полученные во время обучения технике ДПДГ.

Обучение

Психотерапевтам, так же как и всем другим профессионалам, необходимо проходить соответствующее обучение, которое может быть связано с усовершенствованием навыков работы либо с приобретением новых знаний о некоторых редко используемых техниках. Степень компетентности психотерапевта, позволяющая ему предлагать клиенту те или иные услуги, имеет настолько большое значение, что этой проблеме посвящены два “этических принципа”, разработанных Американской психологической ассоциацией. Это принцип А (Компетентность) и пункт 1. 04 “Этических стандартов” (Пределы компетентности). Подобные принципы отражены и в других этических кодексах практикующих психотерапевтов. В частности, когда психотерапевтическому сообществу предлагается новый метод, такой как ДПДГ, “психологу необходимо предпринять необходимые действия, которые могли бы обеспечить гарантии его компетентности и предохранили бы пациентов, клиентов, студентов, участников исследований и других лиц от возможного вреда” (APA, 1991, p. 1600). С проблемой компетентности связано и обучение новым методам, что также упоминается в вышеупомянутом разделе “Этических принципов”. Так, перед психологами возникает этическая необходимость “соответствующего обучения, тренировки, наблюдения и руководства со стороны более опытных специалистов, а также консультаций с лицами, обладающими большим опытом в использовании тех или иных техник” (APA, 1992, p. 1600). Учитывая это, Институт ДПДГ предоставил право проводить обучение технике ДПДГ определенным лицам. Эти лица, прошедшие полное обучение ДПДГ, должны иметь опыт практического применения этой техники не менее двух лет и опыт руководства обучением в тренингах, проводимых Фрэнсин Шапиро.

Хотя для некоторых техника ДПДГ может показаться чрезвычайно простой, ее использование — не только с этической точки зрения, но и в практическом смысле, — требует, чтобы обучение этой техники происходило под руководством уполномоченных инструкторов во время специальных обучающих семинаров.

Обучение ДПДГ подразделяется на два уровня, каждый из которых включает в себя дидактический компонент и практическую работу, во время которой обучающийся тренируется в практическом применении полученных знаний. Во время обучения первого уровня раскрываются фундаментальные аспекты ДПДГ, связанные с психотерапией травм — например, вопросы безопасности

клиента и связанные с этим практические советы. Для эффективного применения техники необходимо, чтобы внимание психотерапевта уделялось ряду различных вопросов (аффект, образы, представления, физические ощущения) таким образом, который бы подбадривал, поддерживал его и создавал безопасную обстановку. Психотерапевтов обучают, как “следовать за процессом клиента”, не оказывая на него воздействия всеми теми способами, которые приняты в традиционных психологических подходах. Кроме того, психотерапевты узнают, как правильно спланировать время лечения и избежать случайного вмешательства в ход процесса (замедленная или слишком быстрая реакция, попытки рефлексии, интерпретаций, рефрейминга и т.п.), что может оказать неблагоприятное воздействие на переживания клиента и на общий успех психотерапии.

Обучение второго уровня ориентировано на применение более специфических протоколов ДПДГ для отдельных диагнозов и проблем. Кроме того, происходит обучение более продвинутой версии ДПДГ, необходимой при работе с клиентами, испытывающими высокую степень беспокойства вне зависимости от диагноза. Обучение второго уровня лучше всего проводить после того, как психотерапевт приобретет определенный опыт практического использования ДПДГ. Без участия в таких авторизованных тренингах психотерапевт не может считаться полностью подготовленным к практическому использованию ДПДГ и знать, когда применять эту технику и с кем, учитывая возможную пользу и возможный риск и стараясь в то же время свести этот риск к минимуму.

Комитет для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ, выражает надежду, что высказанные здесь соображения о необходимости обучения у квалифицированных специалистов покажутся убедительными. Поскольку ДПДГ является новой и постоянно развивающейся техникой, лучше всего, если психотерапевты используют возможность пройти обучение у лиц, уполномоченных Институтом ДПДГ, получив от обучения максимальную пользу для себя.

Члены Комитета: Louis Allen-Byrd, Ph. D., Virginia Lewis, Ph. D., Marquerite McCorkle, Ph. D.

Примечание

American Psychological Association. (1992). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist, 47,*1597—1611.

Приложение III.
ВОЗМОЖНОСТИ ДПДГ

Международная сеть ДПДГ

Офис Сети ДПДГ (EMDR Network) находится в городе Пасифик Грув (Pacific Grove), штат Калифорния. Цель этой некоммерческой организации состоит в содействии обучению ДПДГ и научным исследованиям, посвященным этой технике, а также в предоставлении профессиональной и образовательной помощи психотерапевтам, применяющим ДПДГ на практике.

Членами Сети являются профессионалы в сфере душевного здоровья, прошедшие обучение ДПДГ и применяющие его для лечения клиентов либо для исследовательских целей. Организация информирует своих членов о новых формах применения техники и о данных исследований, проводит конференции, рассылает статьи и аудиозаписи, поддерживает исследовательскую базу данных и издает бюллетень Сети ДПДГ. В бюллетене публикуются сообщения о результатах клинических исследований, о новых протоколах, теориях, предостережениях, а также информация о международном сотрудничестве, связанном с применением ДПДГ и исследованиями в этом направлении.

В настоящее время региональные координаторы Сети ДПДГ работают в 25 государствах Европы, Австралии и Южной Америки. Региональные встречи Сети ДПДГ происходят три-четыре раза в год. На этих встречах психотерапевты, интересующиеся ДПДГ, могут обмениваться идеями и материалами по таким вопросам, как лечение тревожности, диссоциативных расстройств, расстройств личности, психофизиологических расстройств, лечение детей и подростков, а также лечение наркотической зависимости. Обычно подобные конференции включают в себя доклад о проведенных исследованиях и дискуссии, а также сообщения о наиболее интересных открытиях, основанных на различных способах самооценки, объективной оценки и поведенческих методах оценки. Кроме того, Сеть ДПДГ координирует исследовательские группы, встречи которых происходят в различных городах Соединенных Штатов для обмена информацией, получения поддержки и обсуждения всевозможных новшеств.

Комитет профессиональной поддержки при Сети ДПДГ предлагает стандартные формы бланка согласия клиента, материалы для повышения степени информированности клиента и проводит профессиональные презентации. Комитет для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ, рассматривает этические и профессиональные проблемы, касающиеся жалоб клиентов, а также рекомендует политику обучения и применения техники ДПДГ, обеспечивающую сохранение этических и профессиональных стандартов обучения. В настоящее время разрабатываются нормы адекватного обучения и практического применения ДПДГ среди профессионального сообщества. Исследовательский фонд Нормана Казинса, а также учебный фонд Чарльза и Лены Самнер были основаны для финансирования отдельных исследовательских проектов, связанных с ДПДГ. Компьютерная база данных включает в себя информацию по завершенным научным исследованиями и по отдельным незаконченным работам.

В настоящее время членство в Сети ДПДГ предоставляется лицам, которые завершили формальное обучение под руководством специалистов. В будущем планируется дать возможность членства в Сети для лиц, проходящих обучение,

а также для профессионалов, повышающих свою квалификацию по новым стандартам, разработанным Комитетом для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ. Для получения дальнейшей информации о членстве в Сети ДПДГ обращайтесь по адресу: International EMDR Network, P. O. Box 51038, Pacific Grove, CA 93950 U.S.A.

Доступные формы обучения

Нежелательное последствие широкого интереса к ДПДГ, вызванного публикациями в средствах массовой информации, состоит в том, что многие не прошедшие необходимое обучение профессионалы и непрофессионалы используют свои версии техники при работе с клиентами. Кроме того, по всей стране проходят различные семинары и тренинги, посвященные "психотерапии с помощью движений глаз". Во всех случаях, о которых у нас есть сообщения, движения глаз применяются без необходимых процедур, протоколов или мер безопасности. Мы полагаем, что клиентов необходимо обезопасить от неквалифицированного применения ДПДГ. Существует перечень лицензированных психотерапевтов, прошедших обучение ДПДГ, и этот перечень поможет клиентам и профессионалам принять правильное решение. Через Сеть ДПДГ можно получить адреса всех специалистов, прошедших адекватное обучение данной технике.

Комитет для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ, в настоящее время разрабатывает стандарты для официального признания качества программ обучения. Центры по обучению, участвующие в разработке этих стандартов, смогут потом использовать их в качестве критериев для членства в Международной ассоциации ДПДГ. Кроме того, одной из целей написания этой книги было обоснование необходимости включения обучения основам ДПДГ в учебные программы высших учебных заведений — в некоторых из них такое обучение уже проводится. Для получения необходимой информации об этих программах связывайтесь с Сетью ДПДГ.

В настоящее время Институт ДПДГ подготовил более 10 тыс. специалистов. Связанные с ним организации существуют в Соединенных Штатах, Европе, Южной Америке и Австралии. Эти организации используют уже авторизованный ранее формат обучающих семинаров, проводимых под руководством опытных инструкторов по ДПДГ, работающих в этой области уже более пяти лет. Обучение включает в себя дидактический материал, использование аудиозаписей психотерапевтических сеансов и, что более важно, практическую работу в малых группах под наблюдением опытных специалистов. Использование логотипа Института ДПДГ разрешается только в одобренных им учебных семинарах.

В дополнение к основному курсу обучения Институт ДПДГ предлагает специализированное обучение, проводимое профессионалами, имеющими опыт применения этой техники в работе с различными типами клиентов, ежедневные практические сеансы, проводимые под наблюдением специалистов, консультации по отдельным клиническим случаям и участие в ежегодной конференции, где предоставляется информация обо всех новшествах в клиническом применении техники и о результатах исследований.

Для получения дополнительной информации по вопросам обучения и консультаций обращайтесь в Институт ДПДГ по адресу: EMDR Institute, P. O. Box 51010, Pacific Grove, CA 93950, U.S.A.

Приложение IV.
КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДПДГ

В данное приложение включены неопубликованные результаты исследования, проведенного среди первых 1200 специалистов, прошедших обучение ДПДГ и работавших с более чем 10 тыс. клиентов. Приводимые данные могут быть полезными для принятия решения о продолжении обучения, не дожидаясь опубликования законченных результатов опроса.

Предварительные данные этого исследования были представлены в 1992 году на ежегодной конференции Международного общества по изучению травматического стресса, а окончательные результаты были отражены в докладе, представленном в 1994 году на ежегодной конференции Американской психологической ассоциации.

Следует отметить, что все психотерапевты, участвовавшие в этом исследовании, прошли обучение как первого, так и второго уровня. На момент проведения исследования специальные протоколы для работы с различными типами клиентов еще не были разработаны.

ДПДГ: статистическое исследование клинических эффектов и требований к обучению

Ховард Липке, доктор философии

(Hovard Lipke, Ph. D., DVA Medical Center, North Chicago
Finch University of Health Sciences/Chicago Medical School).

Хотя экспериментальные исследования безусловно необходимы для изучения эффективности техники ДПДГ, так же как и любых других методов психотерапии, другой вид исследований — расширенные опросы, — также очень важен. Экспериментальные исследования имеют ограничение в том, что количество и типы случаев, подвергающихся анализу, неизбежно будут ограниченными, а применение психотерапевтической техники должно быть очень тщательным. Это означает, что многие эффекты, возникающие в реальной клинической ситуации, при таком исследовании будут утрачены как из-за недостаточно точного применения самой техники, так и по причине опасностей, возникающих при ее использовании. Патнэм и Левенстейн (Putnam and Loewenstein, 1994) отмечали такие же моменты в своем обзоре, посвященном лечению случаев расщепления личности.

Наше исследование ДПДГ основано на методологии, предложенной Шипли и Боудевинсом (Shipley and Boudewyns, 1980) в работе, посвященной вопросу, могут ли в действительности техники погружения быть потенциально опасными и вызывать декомпенсацию, чего опасаются многие психотерапевты. Хотя нами рассматривалась прежде всего проблема потенциальной опасности, участники исследования высказывали свое мнение по большому числу различных проблем, возникающих во время психотерапии, и пытались определить те типы случаев, в которых достигались благоприятные результаты. Для увеличения степени объективности использовались структурированные вопросы, а для максимальной экспрессивности участников исследования применялись неструкту-

рированные вопросы. Поскольку политика, проводимая при обучении ДПДГ, стала в последнее время предметом дискуссий, в исследование был включен и вопрос о необходимости обучения.

Метод исследования

Субъекты и процедура

В то время, когда было начато это исследование, более 1500 психотерапевтов уже прошли обучение технике ДПДГ под руководством Фрэнсин Шапиро. Мы использовали информацию опроса примерно 25 человек, участвовавших в небольших тренингах для исследователей, проводившихся в двух различных местах. В период между 15 августа и 1 сентября 1992 года материалы проведенного опроса были разосланы 1295 лицам, прошедшим обучение технике ДПДГ до 1 февраля 1992 года. Эта дата была избрана для того, чтобы субъекты, включенные в наше исследование, имели по крайней мере шестимесячный опыт практического применения ДПДГ.

Поскольку довольно много психотерапевтов, которым рассылался обзор, не дали ответа (типичная проблема при проведении любого подобного исследования), возникает вопрос о достоверности полученных результатов. Можно предположить, что лица, не пожелавшие ответить, в чем-то явно отличаются от тех, кто ответил на вопросы, но это не может быть поводом считать полученные результаты недостаточно представительными или достоверными. Те, кто не захотел дать ответ, просто могли иметь экстремальное — как отрицательное, так и положительное — отношение к ДПДГ и по тем или иным причинам не посчитали необходимым высказывать свое мнение. Для определения, существуют ли различия между ответившими и не ответившими, произвольной выборке из числа не давших ответа наша анкета была послана вторично.

В ноябре 1992 года 89 экземпляров анкеты было послано произвольно отобранной группе, составлявшей 10% от числа психотерапевтов, не давших в первый раз ответа. С субъектами, не пожелавшими дать ответ и при второй рассылке, связывались по телефону, чтобы по мере возможности все же привлечь их к участию в исследовании.

Из первоначального количества психотерапевтов (1295), которым была послана анкета, ответили 408 человек (31%), не ответили 887, а из произвольно отобранных 89 лиц, которым анкета была послана повторно, ответили 35 человек (39%). Поскольку существенных отличий в ответах между респондентами, ответившими с первого раза и ответившими по второму запросу, обнаружено не было (см. приводимые ниже табл. 1, 8, 11, 12), мы посчитали резонным объединить результаты по первой и второй рассылке и получили, таким образом, группу из 553 ответивших, что составляет 58% от общего числа опрошенных. Кроме того, сходство ответов в двух группах также может быть подтверждением их достоверности. По ключевым вопросам обе выборки опрошенных анализировались раздельно.

В табл. 1, 2, 3 и 4 подводятся итоги профессионального опыта испытуемых. Лицензированные психологи, обладающие докторской степенью, — наиболее широко представленная группа. Среди них преобладает группа, занимающаяся частной практикой. Степень опытности этих специалистов, так же как и их тео-

ретическая ориентация, позволяет сделать заключение, что опрошенные субъекты имеют достаточно большой клинический опыт. Интересно, что существует взаимосвязь между работой в частном секторе и готовностью психотерапевта принять участие в исследовательском проекте.

Материалы

Разосланная анкета включала в себя 26 пунктов, каждый из которых предполагал различную реакцию. Субъектам предлагалось идентифицировать свою профессию, уровень полученного профессионального обучения, членство в профессиональных организациях, степень подготовленности в технике ДПДГ, теоретическую ориентацию, тип работы, частоту применения ДПДГ, степень знакомства с процедурой, причины недостаточного использования ДПДГ и происшедшие недавно изменения в частоте использования. Пункт 13 предлагал субъектам оценить ДПДГ по различным параметрам и сравнить эту технику с другими процедурами лечения, которые использовались респондентами. После ответа на этот вопрос предлагалось отметить любые серьезные побочные эффекты. Респондентам задавался вопрос, использовали ли они иные, не связанные с ДПДГ техники в неформальной контрольной группе, что позволило бы дать более полноценную интерпретацию их ответам.

Таблица 1. Профессия опрошенных

	Первая рассылка		Вторая рассылка		
	количество	%	количество	%	
Психологи с докторской степенью	198	49	10	29	
Лицензированные семейные и детские консультанты	64	16	10	29	
Лицензированные социальные работники		16	6	17	53
Нелицензированные психологи		11	4	11	43
Студенты	14	3	3	9	
Психиатры	13	3	1	3	
Медсестры	11	3	0	0	
Прочие	8	2	1	3	
Всего	407	100	35	100	

Таблица 2. Членство опрошенных в различных организациях

Профессиональные организации	Количество
Американская психологическая ассоциация	205
Ассоциация поведенческой психотерапии	68
Национальная ассоциация социальных работников	42
Международное общество исследования травматического стресса	31
Американское общество клинического гипноза	30
Американское общество супружеской и семейной терапии	18
Американская психиатрическая ассоциация	9

Американская ассоциация медсестер	6

Таблица 3. Длительность практики

Длительность, лет	Количество субъектов
До 10	136
Более 10	246

Таблица 4. Род занятий опрошенных

Тип практики	Количество
Частная практика	296
Администрация по делам ветеранов	59
Государственное или психиатрическое учреждение	46
Университетская организация	28
Прочее	25

Пункты с 14 по 16 предлагали перечислить типы клиентов, для которых применение ДПДГ обычно было (1) вредным, (2) неэффективным и (3) полезным. В анкете предусматривалось достаточно много свободного места, чтобы субъекты могли высказать свои впечатления. Пункт 17 предлагал указать результаты при лечении обсессивных расстройств, расщепления личности и посттравматического синдрома.

Пункт 18 предлагал оценить свой персональный опыт в роли клиента во время обучения ДПДГ (было очевидно, что практические сеансы во время обучения имели очень сильное влияние на некоторых индивидов). Пункт 19 предлагал оценить значимость практики под наблюдением при обучении технике ДПДГ. Этот пункт был включен в ответ на вопрос о целесообразности прохождения практического обучения (Baer et al, 1992).

Пункт 20 предлагал опрошенным описать влияние медикаментов или запрещенных наркотиков на результат применения техники ДПДГ. Пункт 21 содержал вопрос о частоте использования и эффективности самостоятельно вызываемых движений глаз, а пункт 22 предлагал высказать свои замечания о любых других вопросах, связанных с ДПДГ. Пункты с 23 по 26 содержали вопросы о частоте использования опрошенными прямого психотерапевтического воздействия и о сравнении его и ДПДГ по эффективности и степени дистресса как у клиента, так и у психотерапевта, применяющего процедуру.

Результаты

Степень применимости

Таблицы 5, 6 и 7 подводят итог степени применимости техники ДПДГ. Значимость расширенного опроса психотерапевтов состояла в том, что стала доступной информация, относящаяся к большому количеству клиентов (более 10 тыс.), у которых были представлены различные проблемы, проходивших лечение более естественным образом, чем при проведении экспериментальных исследований.

Достаточно большое количество клиентов, информация о которых включена в данное исследование, позволяют считать, что заключения о возможных отрицательных эффектах ДПДГ вполне достоверны.

Таблица 5. Среднее количество клиентов, проходивших лечение с помощью ДПДГ

	Первая рассылка	Вторая рассылка
Всего	10,756	633
Лицензированные психологи с докторской степенью	4,683	

Таблица 6. Количество клиентов, подвергавшихся лечению с помощью ДПДГ

Количество клиентов, к которым применялась техника ДПДГ в общем количестве клиентов	Количество опрошенных
0	27
1—10	144
11—50	167
50+	56

Таблица 7. Степень комфортности психотерапевта при использовании ДПДГ

Описание степени комфортности	Количество
Комфортно с любыми процедурами	239
Некоторые вызывают дискомфорт	86
Очень дискомфортно	17
Всего	342

Эффективность

Таблицы 8, 9, 10 и 11 подводят итог оценки субъектами эффективности ДПДГ с различных точек зрения.

Хотя вопросы, перечисленные в табл. 8, связаны с возможными отрицательными эффектами ДПДГ, некоторые из них являются временными неудобствами на фоне многих успешных психотерапевтических сеансов. Некоторые типы ответной реакции встречаются редко, так как многие субъекты относятся к типу клиентов, к которому ДПДГ-психотерапия неприменима.

Поступки, обычные для клиентов, находящихся в нестабильном состоянии — суицидальные идеи (с совершением реальных действий или без них), проявления насилия, диссоциативности после сеанса, физические недомогания, отмена запланированного сеанса и преждевременное прерывание курса лечения, — при ДПДГ бывают обычно реже, чем при использовании других форм психотера-

пии. Сообщения о случаях повреждений глаз нам трудно прокомментировать. Чрезмерное возбуждение или паника, а также возникающая во время сеанса диссоциация при использовании ДПДГ наблюдаются чаще, чем при других формах психотерапии, но это связано не с сущностью техники, а с тем, что она позволяет проявиться подавленному травматическому материалу. Во время сеансов ДПДГ подавленный материал всплывает на поверхность, и это часто сопровождается сильными отрицательными эмоциями или проявлениями диссоциативности. Однако отрицательные эффекты ограничены временем самого сеанса (возможно, по той причине, что материал успешно интегрируется) и это приводит к снижению суицидальных идей и попыток, а также физических недомоганий при использовании ДПДГ.

Таблица 8. Сравнение ДПДГ с другими процедурами (в %)

По сравнению с другими процедурами, которые вы использовали, насколько часто сеансы ДПДГ приводили к...	Количество	Более часто	Столь же часто	Реже	Не наблюдалось
Суицидальным идеям	363	6	36	39	20
Суицидальным идеям и действиям	324	2	38	49	12
Сильному возбуждению или панике	341	31	31	34	4
Возникновению подавленного материала	357	86	10	3	2
Диссоциациям во время сеанса	353	29	41	20	10
Диссоциациям после сеанса	330	14	46	32	9
Повреждению глаз	329	4	42	23	31
Физическим заболеваниям	330	8	41	31	21
Проявлениям насилия	322	1	42	36	21
Отмене следующего сеанса	326	12	43	33	12
Преждевременному прерыванию курса лечения	326	10	49	33	8
Общим отрицательным эффектам:					
при первой рассылке	326	8	39	46	7
у лицензированных психологов	169	11	43	39	8
при второй рассылке	23	4	48	30	17
Общий полезный психотерапевтический эффект:					
при первой рассылке	354	76	20	4	1
у лицензированных психологов	178	76	21	3	1
при второй рассылке	23	70	26	4	—

Проблемы. Анализ сообщений о случаях повреждения глаз показывает, что эти повреждения обычно имеют неопределенный характер и известны лишь два более явных случая повреждений глаз. Кроме того, отмечено около 70 (очевидно, что от способа оценки в большой мере зависит, был ли случай отмеченным или нет) отрицательных инцидентов. Это было три случая возникновения расщепления личности, не диагностировавшегося ранее, диссоциативные эпизоды после сеанса, проявления насилия, усиление слуховых галлюцинаций при ранее диагностированной депрессии психотического характера, серьезные суицидаль-

ные попытки, а также головные боли. Некоторые из этих случаев потребовали дальнейшей госпитализации клиентов. Иногда эти инциденты были предвестниками психотерапевтического прорыва, но, как правило, они оказывали отрицательное влияние на ход психотерапии.

Ограничения эффективности. В ответах на вопрос о проблемах, в работе с которыми техника ДПДГ обычно оказывается неэффективной, чаще всего упоминается синдром навязчивости. В таких случаях у примерно половины субъектов отмечаются положительные сдвиги, а у другой половины эффективность лечения оказывалась весьма незначительной. Можно предположить, что в случаях синдрома навязчивости есть смысл соединять ДПДГ с другими методами поведенческой психотерапии. Расстройства личности чаще всего упоминались (примерно 25 раз) как не поддающиеся воздействию с помощью ДПДГ. Опрошенные, ответившие лишь на второй запрос, обычно отмечали проблемы с проявлениями синдрома избегания, враждебности и самоконтроля.

Полезные эффекты. Посттравматический синдром упоминался примерно 120 раз при ответе на вопрос о проблемах, при работе с которыми техника ДПДГ проявила себя достаточно эффективной. Часто ответы опрошенных были исполнены необычайно большого энтузиазма. Наиболее часто упоминались фобии, тревожность, приступы паники, депрессии и расщепления личности (10 из 25).

Приступы эпилепсии. Субъектам предлагалось подвести итоги эффективности ДПДГ при лечении пациентов с эпилептическими приступами. Один из опрошенных сообщил, что применение ДПДГ приводило к мягкому эпилептическому приступу (у клиента перед тем отмечались диссоциативные проявления). Другой опрошенный сообщал о еще более слабом эпилептическом приступе. Ни один из участников опроса не сообщал о влиянии ДПДГ на частоту эпилептических приступов, а один из субъектов отмечал уменьшение частоты и интенсивности приступов. Пятеро опрошенных не решились применять ДПДГ в случаях возможных эпилептических приступов в связи со страхом клиентов. Десять участников опроса отметили, что использовали ДПДГ по крайней мере с одним пациентом, страдавшим эпилепсией, приступа при этом не возникало. Ни один из опрошенных не отмечал возникновения эпилептического приступа у клиентов, у которых ранее не диагностировалась эпилепсия. Все это позволяет предположить, что ДПДГ не противопоказана для пациентов, страдающих эпилепсией. Однако это предположение нуждается в дальнейшем исследовании.

Медикаментозное лечение и употребление наркотиков. Всем субъектам задавался вопрос: “Как, по вашему мнению, влияет на результаты применения ДПДГ медикаментозное лечение или употребление запрещенных наркотиков?” Ответы опрошенных показывают, что взаимосвязь между эффективностью ДПДГ и медикаментозным лечением имеет сложный характер. В целом можно считать, что применение антидепрессантов не влияет на эффективность ДПДГ, а в некоторых случаях даже увеличивает ее. Пятеро опрошенных отметили, что применение бензодиазепинов приводило к снижению эффективности ДПДГ, а один субъект сообщал, что транквилизаторы повышают эффективность ДПДГ. В целом ответы опрошенных позволяют предположить, что применение меди-

каментозного лечения не является препятствием для использования техники ДПДГ и что в некоторых случаях, — возможно, при определенного рода депрессиях — применение медикаментозного лечения может приводить к достаточной стабилизации состояния клиента еще до начала ДПДГ-психотерапии.

Самостоятельное использование движений глаз. Во время обучающих семинаров по ДПДГ предлагается, чтобы клиенты не пытались самостоятельно использовать технику ДПДГ до окончания лечения. Наш опрос не касался времени, когда происходило самостоятельное применение ДПДГ, но сам вопрос о самостоятельном использовании ДПДГ как психотерапевтами, так и клиентами ставился. Семьдесят пять опрошенных отметили, что самостоятельно использовали движения глаз, а 61 сообщили, что иногда движения глаз использовали их клиенты. Трое опрошенных отметили, что это приводило к возникновению новых воспоминаний и скрытых ранее проблем. Мы не знаем, как много лиц, самостоятельно использовавших движения глаз, придерживались рекомендаций, полученных на обучающих семинарах по ДПДГ, поэтому трудно сказать, с чем были связаны три случая неудачного самостоятельного применения движений глаз. В целом можно сделать вывод, что эффективность самостоятельно применяемых движений глаз ниже, чем при обычной ДПДГ-психотерапии. Шестьдесят пять опрошенных сообщили, что результат такого применения был хотя бы отчасти положительным, в частности в вызывании состояния релаксации.

Сравнение с прямым психотерапевтическим воздействием. Как отмечает в своей работе Кеан (Keane, 1992), исследований, посвященных лечению посттравматического стресса, явно недостаточно. Большая часть опубликованных работ посвящена использованию прямого психотерапевтического воздействия. Кроме того, обсуждая технику ДПДГ, исследователи часто относили ее к средствам такого же воздействия. По этим причинам, а также потому, что проведение исследований находилось под явным влиянием изучения таких процедур прямого психотерапевтического воздействия, как погружение и имплозивные техники (Shipley & Boudewyns, 1980), — в исследованиях поднимается вопрос о сравнимости этих процедур с ДПДГ. Однако следует отметить, что существует ряд принципиальных различий между сравнимыми с методами прямого психотерапевтического воздействия аспектами ДПДГ и имплозивными техниками, а также погружением. Это гораздо более короткий период воздействия во время сеансов ДПДГ и использование когнитивного переструктурирования, а не просто усиление прямого воздействия на избранную сцену травматического события.

Вопросы об имплозивных техниках и о погружении позволяют провести сопоставление этих подходов, применявшихся психотерапевтами, имеющими опыт как в одном, так и в другом методе.

Таблица 9. Сравнение ДПДГ и прямого психотерапевтического воздействия (в %)

Количество		Эффект	Эффект	Эффект
Эффекты				
	ДПДГ	одинаков	ДПДГ	перемен-
	превосхо-		слабее	ны

		дит			
Эффективность	91	57	19	19	5
Стресс для клиента	90	11	24	59	6
Стресс для психотерапевта	86	21	24	47	8

Примечание. Процент субъектов, давших данный ответ.

Результаты отражают пользу, полученную от применения ДПДГ, в отношении эффективности лечения и степени стресса для клиентов (а также, в меньшей мере, стресса для психотерапевта). Эти данные особенно интересны в свете того факта, что субъекты просто имеют больше опыта использования методов прямого психотерапевтического воздействия, чем использования ДПДГ. Опыт субъектов, не очень часто использовавших ДПДГ и не считавших эту технику более эффективной и вызывающей меньший стресс, чем имплозивные техники или погружение, может быть связан с одним из следующих факторов: дискомфортом психотерапевта при использовании новой процедуры, вероятностью проявления во время сеанса ДПДГ подавленного материала, усталостью мышц при выполнении движений глаз, недостаточным преимуществом ДПДГ по сравнению с имплозивными техниками и погружением при лечении синдрома навязчивости. Другая гипотеза, которую также необходимо принимать во внимание, состоит в том, что как имплозивные техники, так и погружение могут быть на практике действительно более эффективными, чем ДПДГ, либо их эффективность может быть эквивалентна и что опрошенные, признавшие большую эффективность ДПДГ, просто не умели правильно применить процедуры прямого психотерапевтического воздействия.

Сообщения опрошенных об изменениях при использовании ДПДГ показаны в табл. 10. Из этих данных видно, что субъекты, применявшие ДПДГ, отмечали большую стабильность состояния, чем субъекты, не пытавшиеся никак изменять применение психотерапевтических техник на протяжении последних трех месяцев. Ответы на завершающую часть этого вопроса позволяют предположить, что наиболее общей причиной для снижения частоты применения ДПДГ были изменения в ситуации клиента. Другими причинами могут являться предпочтение, отдаваемое психотерапевтом другим процедурам, что может быть связано с его личным успехом или неудачей при использовании техники ДПДГ; потребность в дополнительном обучении для более эффективного применения процедур; неприятие клиентом процедуры, а также отсутствие руководства со стороны опытного специалиста.

Таблица 10. Изменения в клиническом использовании ДПДГ среди опрошенных

Использование ДПДГ за последние три месяца	Количество опрошенных
Больше	95
Меньше	77
Осталось прежним	207

Личный опыт психотерапевта. Во время практического обучения ДПДГ часть обучавшихся пробовала находиться как в роли клиента, так и в роли психотерапевта. Это было не просто разыгрывание ролей: избиравшиеся предметом воздействия события были таковыми, что обучавшиеся часто испытывали достаточно сильный дискомфорт, а иногда и травматизацию. Одним из способов измерения в нашем исследовании эффективности ДПДГ были сообщения субъектов о полученной ими психотерапевтической пользе, когда они были в роли клиента.

Результаты, приведенные в табл. 11, показывают явно выраженный положительный эффект ДПДГ, о котором сообщали сами клиенты. Среди субъектов, ответивших на этот вопрос, были психотерапевты, что ограничивает возможные обобщения, полученные на таком контингенте опрошенных. Однако тот факт, что психотерапевты, которые, казалось бы, в первую очередь могли разрешить всевозможные затруднения, связанные с их прошлым, отметили пользу от такого практикума по ДПДГ, позволяет сделать предположения и об эффективности самой техники.

Таблица 11. Оценка субъектами персонального опыта пребывания в роли клиента во время практических сеансов по обучению ДПДГ (в %)

		Очень вредно						Очень полезно
	Количество	—3	—2	—1	0	1	2	3
Первая рассылка	365	1	2	4	7	28	26	32
Вторая рассылка	30	0	0	0	7	30	27	37

Примечание. В процентах субъектов, давших ту или иную оценку.

Необходимость обучения

Одна из дискуссий, возникших вокруг техники ДПДГ, была связана с необходимостью обучения. Некоторые психотерапевты (Baer et al., 1992) критиковали настойчивое требование пройти обучение, которое не может быть реально выполнено на протяжении трех семинаров, так же как и утверждение, что техника ДПДГ не может практически применяться без соответствующего обучения. Этот вопрос был включен в наше исследование, чтобы узнать мнение прошедших обучение ДПДГ психотерапевтов о необходимости такого обучения (включающего в себя практику под наблюдением опытных специалистов) для дальнейшего использования этой техники в работе с клиентами (см. табл. 12).

Полученные результаты указывают, что опрошенные, прошедшие тренинг Фрэнсин Шапиро, считают, что практика под наблюдением специалистов представляет большую ценность. Это позволяет оспаривать критическую позицию

Бэйера (Baer et al., 1992) в отношении необходимости прохождения трехчасового тренинга.

Таблица 12. Важность практики под наблюдением (в %)

“Насколько важна в обучении ДПДГ практика под наблюдением?”	Количество	Очень важно	Иногда	Не представляет ценности
Первая рассылка	377	77	20	3
Вторая рассылка	32	78	22	

Примечание. В процентах субъектов, давших тот или иной ответ.

Общий анализ

В то время когда Шипли и Боудевинс собирали данные, обучение имплозивным техникам и методам погружения производилось во многих местах, что делало чрезвычайно сложной задачу подобрать достаточно представительную выборку опрашиваемых психотерапевтов. Авторы исследования разослали 132 анкеты и получили ответ от 70 субъектов, сообщавших об использовании погружения и имплозивных техник в 3493 случаях (в группах от 1 до 500). Настоящее исследование обладает тем преимуществом, что техника ДПДГ была разработана одним человеком — Фрэнсин Шапиро, которая на время проведения исследования наблюдала за всеми обучающими тренингами по ДПДГ. Выборка охватывала почти всех психотерапевтов, прошедших обучение. Еще одно преимущество нашего исследования состояло в том, что обучение ДПДГ, в отличие от обучения имплозивным техникам и погружению, было стандартизировано. Преимущество от такой однородности участников исследования ограничивается тем, что результаты проведенного опроса могут распространяться только на обученных психотерапевтов; подобные результаты вряд ли могли быть получены психотерапевтами, проводившими обучение ДПДГ каким-либо иным образом.

Шипли и Боудевинс (Shipley and Boudewyns, 1980), задавая испытуемым субъектам вопросы об отрицательных побочных эффектах лечения, использовали лишь незначительно отличавшиеся формулировки. Поскольку их в первую очередь интересовало исследование возможной опасности при воздействии на воображение, они предлагали субъектам сравнить эти процедуры с другими, использующимися в настоящее время. В нашем исследовании испытуемым предлагалось сравнить ДПДГ с другими техниками, которые они *сами* используют в своей практике. Такая формулировка предполагала возможность, что ДПДГ может постепенно вытеснять другие формы психотерапии, используемые для лечения аналогичных проблем.

Подводя итоги, можно отметить следующее. Данные настоящего опроса показывают, что большинство психотерапевтов, прошедших обучение технике ДПДГ, считают эту форму психотерапии весьма эффективной при лечении посттравматического синдрома и других психологических проблем. Опрошенные

сообщали, что отрицательные побочные эффекты при ДПДГ не превосходят такие же эффекты при использовании других техник. Однако исходя из отмеченной тенденции ДПДГ проявлять ранее подавленный материал, а также учитывая подтверждение в результате опроса необходимости практического обучения, можно сделать вывод о существовании потенциальной возможности отрицательных результатов в том случае, если не будут учитываться необходимые предостережения. Как количество лиц, ответивших на первую рассылку анкет, так и соответствие между оценками, данными при первой рассылке, и оценками лиц, ответившими лишь на вторую рассылку анкет, позволяет предположить достоверность полученных результатов для всего контингента опрошенных.

Результаты опроса подтверждают необходимость проведения активных исследований эффективности ДПДГ, целесообразность клинического применения техники и обучения этой форме психотерапии.

Примечания

Baer, L., Hurley, J. D., Minichiello, W. E., Ott, B. D., Renzei, F., & Riccardi, J. (1992). EMDR workshop: Disturbing issues? *Behavior Therapist, 15* (5), 110—111.

Keane, T. (1992, October). Keynote adress for the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, Los Angeles.

Putnam, F. W., & Loewenstein, R. J. (1994). Treatment of multiple personality stress disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry, 150* (7), 1048—1052.

Shipley, R. H., & Boudewyns, P. A.(1980). Flooding and implosive therapy: Are they harmful? *Behavior Therapy, 11,* 503—508.

СОДЕРЖАНИЕ

Очевидная психотерапия. *Предисловие А.Ф. Бондаренко* 5
Благодарности 8
Предисловие автора 10
1. ИСТОКИ И ОСНОВАНИЯ 17
День открытия 18
Первое экспериментальное исследование 20
ДДГ становится ДПДГ 27
Дальнейшие клинические и экспериментальные наблюдения29
Изменение парадигмы 31
Ускоренная переработка информации.................................... 32
Теоретическая совместимость 37
Посттравматический синдром 37
Биохимический подход 38
Психодинамический подход 39
Поведенческий подход 40
Когнитивно-поведенческий подход 42
Интегративный подход.. 44
Движения глаз 45
Сложность метода.. 47
Итоги и выводы 48
2. УСКОРЕННАЯ ПЕРЕРАБОТКА ИНФОРМАЦИИ. РАБОЧАЯ
ГИПОТЕЗА МОДЕЛИ ПРОЦЕССА 50
Переработка информации 51
Альтернативные стимулы 54
Сети памяти 55
Пример сеанса ДПДГ 56
Фрагмент стенограммы сеанса ДПДГ 57
Оценка приведенного примера сеанса ДПДГ 62
От дисфункциональности к функциональности 63
Раздельные нейросети 64
Применение ДПДГ при других расстройствах 66
Статический опыт: утверждения, связанные с аффектом
и убеждениями 67
Разрешение 70
Воспоминания, застывшие в детстве 71
Психотерапия, свободная от временных ограничений 73
Цели 76
Ограниченный доступ к негативному материалу 77
Провалы в памяти 78
Диссоциация 78
Интегрированная психотерапия 79
Итоги и выводы 82
3. КОМПОНЕНТЫ ДПДГ-ПСИХОТЕРАПИИ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ
.... ЭФФЕКТЫ 84
Основные компоненты процедуры ДПДГ 84
Образ 85
Отрицательное самопредставление 85

Положительное самопредставление 88
Эмоции и создаваемый ими уровень беспокойства.......... 93
Физические ощущения 94
Активация информационно-перерабатывающей системы ... 94
Движения глаз 94
Альтернативные формы стимуляции 99
Восемь стадий ДПДГ-психотерапии................................... 100
Стадия 1. История клиента и планирование психотерапии101
Стадия 2. Подготовка... 101
Стадия 3. Определение предмета воздействия................ 103
Стадия 4. Десенсибилизация.. 104
Стадия 5. Инсталляция 104
Стадия 6. Сканирование тела... 106
Стадия 7. Завершение 107
Стадия 8. Переоценка 107
Стандартный протокол ДПДГ 108
Выбор цели 108
Паттерны ответной реакции 111
Ассоциативная переработка множественных воспоминаний 113
Эффект переработки единичного воспоминания 117
Различные эффекты 124
Практика под наблюдением.. 124
Итоги и выводы 125
4. СТАДИЯ ПЕРВАЯ: АНАМНЕЗ ТРАВМЫ 127
Готовность клиента 127
Факторы безопасности клиента.. 129
Уровни раппорта 129
Эмоциональное беспокойство 130
Стабильность 131
Формы экзистенциальной поддержки 132
Общее физическое здоровье 132
От амбулаторной консультации до стационарного лечения132
Неврологические нарушения 133
Эпилепсия 134
Проблемы со зрением 135
Наркотическая и алкогольная зависимость 135
Требования, связанные с судебным разбирательством . 136
Контроль со стороны социальной системы 137
Рентные установки 138
Время 139
Необходимость в медикаментозном лечении 141
Диссоциативные расстройства.. 142
Планирование психотерапии 144
Фрагмент стенограммы сеанса, посвященного анализу истории клиентки 148
Практика под наблюдением 161
Итоги и выводы... 161
5. СТАДИИ ВТОРАЯ И ТРЕТЬЯ: ПОДГОТОВКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДМЕТА ВОЗДЕЙСТВИЯ 163

Стадия вторая: подготовка 163
Формирование психотерапевтической позиции 164
Установление контакта с клиентом 164
Разъяснение теории 165
Тестирование движений глаз 166
Техника “Безопасное место” 167
Описание модели 170
Формирование ожиданий 173
Развенчание возможных опасений 175
Стадия третья: определение предмета 177
Выбор представления 178
Идентификация отрицательного самопредставления 178
Создание положительного самопредставления 181
Оценивание соответствия представлений 184
Наименование эмоций 185
Определение субъективных единиц беспокойства 185
Идентификация ощущений в теле 186
Важность компонентов процедуры 187
Практика под наблюдением 189
Итоги и выводы 189
6. СТАДИИ С ЧЕТВЕРТОЙ ПО СЕДЬМУЮ:
ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ, ИНСТАЛЛЯЦИЯ, СКАНИРОВАНИЕ ТЕЛА
И ЗАВЕРШЕНИЕ 191
Ускоренная переработка воспоминаний 191
Стадия четвертая: десенсибилизация 198
Ассоциативная переработка 200
Ощущения и аффекты 206
Оценка 208
Стадия пятая: инсталляция 210
Стадия шестая: сканирование тела 213
Стадия седьмая: завершение 215
Визуализация 215
Оценивание безопасности 216
Завершение сеанса и ведение личных записей 216
Практика под наблюдением 221
Итоги и выводы 221
7. РАБОТА С ОТРЕАГИРОВАНИЕМ И БЛОКАМИ 223
Отреагирование 224
Рекомендации по облегчению отреагирования 226
Если отреагирование продолжается 234
Психотерапевтические стратегии в случаях заблокированной
переработки 235
Первичная цель 235
Вспомогательные цели 245
Дополнительные воспоминания 246
Практика под наблюдением 258
Итоги и выводы 258
8. СТАДИЯ ВОСЬМАЯ: ПЕРЕОЦЕНКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
СТАНДАРТНОГО ПРОТОКОЛА ДПДГ 260

Стадия восьмая: переоценка 262
Стандартный протокол ДПДГ 262
Работа над прошлым 262
Работа с настоящим 269
Работа с будущим 273
Завершение психотерапии 279
Последующие действия 279
Окончание курса психотерапии 280
Практика под наблюдением 283
Итоги и выводы 284
9. ПРОТОКОЛЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДЛЯ ОСОБЫХ СИТУАЦИЙ 286
Одиннадцать стадий стандартной процедуры 287
Протокол для отдельного травматического события 288
Протокол для работы с существующей тревожностью и связанным с ней поведением 289
Протокол для недавних травматических событий 289
Протокол для фобий 293
Простые фобии 294
Процессуальные фобии 294
Протокол для случая острого горя 298
Протокол для случаев соматических нарушений 301
Самостоятельное использование движений глаз для снижения стресса 310
Предостережения и советы 310
Технические соображения 311
Техники самоконтроля и завершающие процедуры 312
Образ безопасного места 313
Аудиозаписи для работы с визуализациями 313
Техника светового потока 314
Вертикальные движения глаз 316
Обсуждение и оценка безопасности 316
Итоги и выводы 317
10. КОГНИТИВНОЕ ВЗАИМОПЕРЕПЛЕТЕНИЕ: СТИМУЛИРУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ ДЛЯ РАБОТЫ С ТРУДНЫМИ КЛИЕНТАМИ 319
Основная идея когнитивного взаимопереплетения 321
Ответственность, безопасность и возможность выбора 322
Определение степени допустимого вмешательства в личность клиента 333
Выбор варианта взаимопереплетения 334
Новая информация 335
“Я смущена” 336
“Что, если бы это был ваш ребенок?” 336
Метафора / аналогия 337
“Давайте представим себе” 338
Сократический метод 338
Ассимиляция 340
Вербализация 341
Повышение степени информированности клиента 347
Практика под наблюдением 349
Итоги и выводы 350

11. ПСИХОТЕРАПИЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КЛИЕНТОВ 352
Случаи несогласия клиента 353
Дети 357
Конкретное определение чувств 358
Слежение глазами 359
Удерживание внимания ребенка 360
Положительное самопредставление 360
Использование представлений ребенка 360
Генерализация эффектов психотерапии 361
Психотерапия творческим самовыражением 362
Супружеские пары 363
Случай сексуального насилия в детстве у одного из членов супружеской пары 363
Индивидуальные сеансы или совместные? 364
Супружеская неверность 366
Жертвы сексуального насилия 367
Определение целей 368
Готовность клиента 369
Безопасность и стабильность 369
Структура 370
Интеграция 371
Информационные плато 373
Эмоциональные стадии 373
Ложные воспоминания 375
Предостережения при работе с воспоминаниями 376
Ветераны боевых действий 381
Случаи самообвинения 381
Работа с чувством утраты контроля 382
Проявления рентных установок 383
Аффилиация и страх забывания 384
Случаи отрицания травматического события и переходные состояния 385
Работа с гневом 386
Использование когнитивного взаимопереплетения 388
Психотерапия с ветеранами старшего возраста 389
Психотерапия с женщинами-ветеранами 389
Диссоциативные расстройства 390
Общая оценка 393
Итоги и выводы 395
12. ТЕОРИЯ, ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ 397
Теоретическое объяснение 397
Процедурные моменты 399
Движения глаз и альтернативные раздражители 402
Интегративный эффект 415
Экспериментальные исследования 416
Общий обзор исследований, посвященных посттравматическому синдрому 416
Предполагаемые критерии при исследовании ДПДГ..... 417
Обзор исследований ДПДГ 422

Расширенное клиническое и профессиональное применение техники 432
Клиническая ответственность 433
Итоги и выводы.. 435

Литература 437

Приложение I. КЛИНИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ.............................. 453
Контрольный бланк данных для ДПДГ 453
Контрольный бланк психотерапевтического плана 455
Перечень характерных отрицательных и положительных представлений 456
Основные моменты процедуры ДПДГ............................ 457
Приложение II. БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИЕНТА 461
1. Задачи ДПДГ при лечении диссоциативных расстройств461
2. Комитет для решения профессиональных вопросов, связанных с ДПДГ. Рекомендации. 466
Приложение III. ВОЗМОЖНОСТИ ДПДГ 470
Международная сеть ДПДГ 470
Доступные формы обучения 471
Приложение IV. КЛИНИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДПДГ.............. 473
Метод исследования 474
Результаты 477
Общий анализ.. 485

Фрэнсин Шапиро

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ
С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ
Основные принципы, протоколы и процедуры

Перевод с английского
А.С. Ригина

Научный редактор
А.Ф. Бондаренко

Редактор
И.В. Тепикина

Компьютерная верстка
С.М. Пчелинцев

Главный редактор и издатель серии
Л.М. Кроль

Научный консультант серии
Е.Л. Михайлова

Изд. лиц. № 06174
Подписано в печать 10.08.1998 г.
Формат 60S88/16
Усл. печ. л. 31. Уч.-изд. л. 28,8

ISBN 0-89862-960-8 (USA)
ISBN 5-86375-102-9 (РФ)

М.: Независимая фирма “Класс”, 1998.

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.
www.igisp.ru   E-mail: igisp@igisp.ru